

**Schulze- Rothnauer, Heike**

**Hilfeangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S- ein Überblick der  
Hilfeangebote im Raum Leipzig**

**BACHELORARBEIT**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fakultät Soziale Arbeit**

**Roßwein, 2014**

**Schulze- Rothnauer, Heike**

**Hilfeangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S- ein Überblick der Hilfean-  
gebote im Raum Leipzig**

**BACHELORARBEIT**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fakultät Soziale Arbeit**

**Roßwein, 2014**

**Erstprüfer: Prof. Dr. Wolf**

**Zweitprüfer: Frau Arnaud**

## **Biographische Beschreibung**

Schulze- Rothnauer, Heike:

Eine Analyse der Hilfsangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S- ein Überblick der Hilfeangebote im Raum Leipzig. 42 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014

## **Referat:**

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit Hilfsangeboten für Eltern von Kindern mit AD(H)S. Neben einem intensiven Literaturstudium und Ausarbeitungen zum Störungsbild AD(H)S, stellte ich einen Überblick für Eltern hinsichtlich Anlaufstellen bzw. Hilfeangeboten im Raum Leipzig zusammen. Mein Anliegen war es, dies im Sinne eines Überblicks von spezialisierten Ärzten, Beratungsstellen, Psychologen und Ergotherapeuten darzustellen.

Dabei legte ich den Schwerpunkt auf den Sozialbezirk- Nordost, weil ich dort im Rahmen meiner Tätigkeit als Sozialarbeiter beim Allgemeinen Sozialdienst arbeite.

Abschließend verdeutliche ich anhand einer Leipziger Familie ihre ganz persönlichen Erfahrungen bezüglich stattgefundener Unterstützung, Therapie und Elternarbeit im Umgang mit AD(H)S.

Durch das Leipziger Fallbeispiel zeigte ich den ganz individuellen Weg der Hilfefindung für die Eltern auf und befragte sie zusätzlich zu ihrer Familienbiographie, zu Ressourcen im Familiensystem und zu möglichen Ursachen des Störungsbildes AD(H)S.

## Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Einleitung</b>	6
<b>1</b>	<b>Aussagen zum Störungsbild AD(HS)</b>	8
1.1	Zur Geschichte	8
1.2	Definition, Klassifikation, Symptome und Prävalenzen	8
1.3	Stärken der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S	12
1.4	Zur Ursachenforschung	12
1.5	Begleitstörungen und Komorbiditäten	15
1.6	Verlauf der Störung	17
<b>2</b>	<b>Möglichkeiten der Behandlung von AD(H)S</b>	20
2.1	Aufklärung und Beratung	20
2.2	Die Behandlung im Sinne einer multimodalen Therapie	21
2.3	Tiefenpsychologische Behandlungsformen	22
2.4	Verhaltenstherapie bei AD(H)S	22
2.5	Systemische Interventionen bei AD(H)S	23
2.6	Eltern- und familienzentrierte Verfahren	23
2.7	Interventionen in der Schule	24
2.8	Medikamentöse Therapie	25
2.9	Sonstige unterstützende Maßnahmen	26
<b>3</b>	<b>Warum benötigen Eltern mit AD(H)S Hilfe?</b>	27
<b>4</b>	<b>Methodenkapitel: Experteninterviews, Sozialanamnese und Genogramm</b>	28
4.1	Erarbeitung des Experteninterview, Einordnung, Durchführung und Auswertung	28
4.2	Erhebung der Sozialanamnese und Erarbeitung eines Genogramm	30
<b>5</b>	<b>Fallbeispiel Moritz aus Leipzig</b>	31
5.1	Familienanamnese und Genogramm	31
5.2	Beschreibung des Entwicklungs- und Hilfeverlaufs von Moritz	33
5.3	Wo erhielten die Eltern von Moritz Hilfe?	34
5.4	Auswertung des Interviews	35
<b>6</b>	<b>Überblick der Hilfeangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S im Raum Leipzig</b>	35
6.1	Netzwerk ADS/ ADHS Leipzig e.V.	36
6.2	Allgemeiner Sozialdienst Leipzig- Nordost (ASD- NO)	36
6.3	Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Stadt Leipzig	37
6.4	Sozialpädiatrische Zentren in Leipzig (SPZ)	39
6.5	Universitätsklinikum Leipzig	40
6.6	Parkkrankenhaus Leipzig	40
6.7	Gesundheitsamt und Integrationsamt Leipzig	41
6.8	Pädiatrisch Therapeutische Einrichtung Leipzig (PTE)	42
6.9	Niedergelassene Kinderärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Ergotherapeuten für AD(H)S im Raum Leipzig	43

<b>7</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>48</b>
----------	---------------------	-----------

Anlagen

Literatur- und Quellenverzeichnis

Selbstständigkeitserklärung

## **Abkürzungsverzeichnis**

AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ASD	Allgemeiner Sozialdienst
bzw.	beziehungsweise
DSM IV	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
HKS	Hyperkinetisches Syndrom
ICD- 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision
LRS	Lese- Rechtschreib- Schwäche
NO	Nordost
PKH	Parkkrankenhaus
PTE	Pädiatrisch Therapeutische Einrichtung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
u. a.m.	unter anderem mehr
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

## 0 Einleitung

Das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivität)- Syndrom (AD(H)S ist in den letzten Jahren ins Zentrum des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses getreten. So auch in meiner Tätigkeit als Sozialarbeiter beim Allgemeinen Sozialdienst Leipzig (ASD), wo ich im Rahmen der Hilfen zur Erziehung gemäß §27ff. SGB VIII regelmäßig mit diesem Problem von Eltern bezüglich ihre Kinder konfrontiert werde.

In Literatur und Medien findet man zu dem Thema AD(H)S eine Vielzahl von Büchern, wissenschaftlichen Publikationen bzw. wissenschaftliche Texten. Die betroffenen Familien aber auch Pädagogen sind über die Fülle der Informationen verwirrt, suchen nach klaren Hilfen und Informationen.

Experten gelingt es nach wie vor nur unzureichend, das Störung AD(H)S in seiner Komplexität und seiner Auswirkungen auf sämtliche Funktionsbereiche des menschlichen Körpers einzuordnen. Der einfache Bürger unterstellt dem Phänomen AD(H)S, dass dieses Problem eine Modeerscheinung ist. Andere wiederum erkennen darin eine ernst zu nehmende psychische Erkrankung.

Die Schulen sehen sich nicht in der Lage, auf das Problem einzugehen. Die geringen Kenntnisse der Pädagogen unserer Bildungseinrichtungen sind schlichtweg eine Katastrophe. Es ist unabdinglich, dass fundierte Fortbildungen zum Störungsbild stattfinden müssen.

Eltern, die zu einer Beratung in den ASD kommen klagen, dass sie durch die Schulen so gut wie keine Hilfe erhalten. Es schwingt seitens der Schulen oftmals der Vorwurf mit, dass im Familiensystem etwas nicht stimmt. Aber liegen die Ursachen von AD(H)S in einem unzureichenden sozialen System begründet?

Oftmals raten die Schulen den Eltern, entstanden aus ihrer Ohnmacht oder auch der fehlender fundierten Kenntnisse wegen, sich Hilfe beim ASD zu holen bzw. einzufordern. Die betroffenen Eltern, die sich zu einer Beratung beim ASD entschließen, sind verzweifelt und befinden sich auf der Suche nach einer Lösung für ihr Problem, welches das gesamte Familiengefüge und Umfeld des Kindes belastet. Sie erleben, dass die Institution Schule nicht hilft. Sie fühlen sich mit dem Problem und der damit verbundenen Herausforderung allein gelassen, erleben vorwurfsvolles und schuldzuweisendes Agieren seitens der Lehrer aber auch des familiären Umfeldes. Die Eltern fragen sich grundsätzlich, was sie falsch gemacht haben.

Zum anderen tritt das Problem AD(HS) sehr oft erst im Rahmen der Bedarfsprüfung zur Installation einer erzieherischen Hilfe gemäß §27ff. SGB VIII zu Tage. In den meisten Fällen spitzen sich erzieherische Defizite der Eltern durch diese Problemlage noch deutlicher zu. Dementsprechend wird das Thema bei der Formulierung der Hilfeplanziele berücksichtigt.

Insgesamt stelle ich im Rahmen meiner Tätigkeit im ASD fest, dass Eltern in den ersten Berührungsmomenten mit diesem Störungsbild ihrer Kinder sehr unsicher, teilweise auch unwissend agieren und wenige Ideen entwickeln, wie sie damit umgehen können. Im Gegenteil reagieren sie „verniedlichend“, verdrängend aber auch ängstlich und hilflos. Mitunter stellt sich eine abweisende Haltung ein, sobald der Begriff AD(H)S fällt und sie sich mit dieser Diagnose auseinandersetzen müssen.

In meiner Bachelorarbeit habe ich das Ziel und den Anspruch, betroffenen Eltern aufzuzeigen, was es für ihre Kinder und sie als Eltern für Hilfemöglichkeiten gibt und wo man im Raum Leipzig Ansprechpartner findet, die sich der Aufgabe beratend und helfend stellen.

„Aufmerksamkeitsstörungen stellen ein Problem mit weitreichenden individuellen, familiären sowie gesundheitlichen und schulpolitischen Auswirkungen dar. Die betroffenen Kinder leiden in hohem Maße; Lehrer und Schule reagieren oft genug hilflos- resigniert, und allzu oft entledigt man sich aufmerksamkeitsgestörte Kinder durch die Überweisung in Sondereinrichtungen (z.B. Psychiatrie, Sonderschulen). Aufmerksamkeitsstörungen können die Entwicklung des Kindes, seine Erziehung, seine Ausbildung, sein schulisches Lernen und sein Sozialverhalten nachdrücklich beeinträchtigen“ (Lauth/ Schlottke 2002,XIII).

Daher ist es elementar wichtig, frühzeitig zu lernen bzw. Sicherheit zu erlangen, mit diesem Störungsbild umzugehen.

Bereits im Vorschulalter gibt es Anzeichen für das Vorhandensein dieser psychischen Störung. Man kann es zu diesem Zeitpunkt bereits diagnostizieren.

Somit gibt es auch frühzeitig Möglichkeiten, Einfluss auf den Verlauf von AD(H)S zu nehmen und unterstützenden Bedingungen für das betroffene Kind zu schaffen. Wissen über das Krankheitsbild, stellt die Voraussetzung dar, die häufig auftretenden Begleit- und Folgeproblemen „optimal“ bzw. förderlich für das Kind einzuordnen und darauf zugeschnittene Lern- Lebens- und Erziehungsbedingungen für das Kind und die Familie zu schaffen.

Meine vorliegende Arbeit zeigt, zuzüglich zum Thema „Hilfeangebote von Eltern mit von Kindern mit AD(H)S“, ganz konkret auf meinen Sozialraum bezogene Hilfemöglichkeiten im Raum Leipzig auf.

Anhand eines ausgewählten Beispiels aus Leipzig wird konkret verdeutlicht, welchen Weg die Familie eingeschlagen hat, um für das Kind und das Familiensystem sinnvoll und hilfreich zu lernen, mit dem Problem AD(H)S umzugehen.

Der Überblick der Hilfeangebote für Eltern mit AD(H)S bezieht sich auf mein Arbeitsgebiet -dem Sozialbezirk NO. Der Überblick soll als Grundlage dienen, Eltern gezielt an helfende Stellen zu verweisen.

Der Einfachheit halber werde ich in meiner Bachelorarbeit alle Berufsbezeichnungen in männlicher Form schreiben. Außerdem verwende ich hauptsächlich die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität zumeist als Abkürzung AD(H)S sowie den Begriff hyperkinetische Störung.

Im Rahmen der Ausgangslage meiner Bachelorarbeit stelle ich die These auf, dass es im Raum Leipzig nur wenig fundierte und gut durchdachte Hilfen für das Störungsbild AD(H)S gibt. Hilfemöglichkeiten für Eltern sind auf den ersten Blick nicht bekannt und müssen sich selber mühsam zusammengestellt werden. Die Schulen halten sich bezüglich des Problems AD(H)S zurück.



## **1 Aussagen zum Störungsbild AD(HS)**

### **1.1 Zur Geschichte**

Das Erscheinungsbild AD(H)S ist nicht ein Phänomen oder eine neuomodische „Krankheit“ der heutigen Zeit. Man hat aber den Eindruck, es gibt in den letzten Jahren viel mehr Kinder mit diesem Problem. Diese Wahrnehmung beruht darauf, dass in Zeitungen, Fachzeitschriften, Fernsehsehdungen, Büchern und zu Weiterbildungen regelmäßig Beiträgen zum Störungsbild AD(H)S erscheinen und sich eine breite Bevölkerungsmasse zumindest so weit im Bilde sieht, dass sie mit dem Störungsbild der kindlichen Unruhe oberflächlich etwas anfangen können.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass dieses Störungsbild heute sehr viel öfter diagnostiziert wird als beispielsweise früher zu meiner Kinderzeit. In den 70ziger sprach niemand von AD(H)S bzw. erfuhr das Störungsbild keine solch hohe Beachtung wie heute.

Das Störungsbild ist aber schon lange bekannt. Schon 1809 beschrieb Dr. Haslam, welcher als Leibarzt des Kaisers Napoleon praktizierte, ein Kind, welche die Züge eines hyperkinetischen Syndroms aufwies. Immer häufiger erschienen im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts Fachberichte aus allen Teilen Europas.

Fast jeder Mensch kennt aus frühester Kindheit das Kinderbuch „Der Struwwelpeter“, in welchem der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann Weltruhm erlangte und bereits 1844 die noch heute aktuellen Charakteristika von AD(HS) beschreibt.

Dort lesen wir noch heute mit Wonne unseren Kindern vom „Zappelphilipp“ vor, der nicht still am Tisch sitzen will, wir „hassen“ den bösen Friederich, der Tiere quält und leiden mit dem unglücklichen Daumenlutscher Conrad, dem die Daumen schließlich abgeschnitten werden. Auch der blind in die Gefahr laufende „Hans –guck- in – die- Luft“ und der die Gefahr übersehende „Fliegende Robert“ spricht und sprach schon die Phantasie vieler Kindern an und warnte diese, sich gerade so nicht zu verhalten. Letztendlich beschreiben die Geschichten des Schriftstellers Dr. med. Heinrich Hoffmann sehr anschaulich und lebensnah ein Störungsbilder, dass dem heutigen Störungsbild von AD(H)S entspricht.

Zu Beginn des 20. Jahrhundert gab es auch schon Zahlenmaterial zum Störungsbild. In den kinderpsychiatrischen Ambulanzen in Würzburg und in der Schweiz lag damals der Anteil hyperkinetischer Kinder bei 15 bis 20%. Nach dem Ersten Weltkrieg wurden wenige Publikationen bekannt. Im Zusammenhang mit einer medikamentösen Erstbeschreibung der Wirkung von Stimulanzien berichtete Charles Bradley schließlich 1937 über hyperkinetische Kinder. Durch seinen wissenschaftlichen Beitrag war das Interesse der Fachärzte wieder geweckt.

Ab den 60ziger Jahren waren dann Kinder wieder Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Vor allem Nordamerika war dabei federführend. Deutschland zog ca. in den 80ziger Jahren nach (vgl. Eichlseder 1998, 56ff.).

### **1.2 Definition, Klassifikation, Symptome und Prävalenzen**

Bei der Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) bzw. der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitäts- Störung (ADHS) handelt es sich um eine Lebensspannenerkrankung, die Kinder und Jugendliche aber auch Erwachsene betrifft (vgl. Barkley 2011, 3).

„Kinder mit dieser Störung\* sind normalbegabte Kinder, die oftmals dadurch auffallen, dass sie unruhiger und viel unaufmerksamer sind als ihre Altersgenossen.

Die World Health Organization (WHO) definiert dies als eine Verhaltens- und emotionale Störung der frühen Kindheit, die länger als sechs Monate anhält. Sie geht mit einer Kombination von überaktivem Verhalten, Aufmerksamkeitsschwäche und Mangel an Ausdauer einher. Die Hyperaktivität, an die jeder denkt, wenn man von AD(H)S spricht, ist aber nicht immer dabei bzw. nicht immer das Hauptproblem. Es gibt auch auffallend ruhige Kinder auf die dieses Störungsbild zutrifft. Sie reagieren dementsprechend hypoaktiv, was bedeutet, dass die Kinder verminderte Aktivierung und zu langsam wechselnde Aufmerksamkeiten zeigen (vgl. Von Loh 2003, 354 ff.).

Die Entwicklungsstörung AD(H)S beginnt, wie oben bereits beschrieben, schon im Kindesalter, sehr oft noch vor dem sechsten Lebensjahr. Sie sollte in mindestens zwei Lebensbereichen oder Situationen, z.B. in der Schule, in der Familie oder in der Untersuchungssituation konstant auftreten (vgl. Esser 2008, 204).

Im Kindes- und Jugendalter tritt die Diagnose bei ungefähr 3 bis 7% der Kinder bis zum zehnten Lebensjahr auf. Bei Erwachsenen ist ein Fortbestehen der Problemlage bei ca. 40 bis 60% der Betroffenen zu beobachten. Somit kann die Problematik als sehr stabil und als chronisch verlaufend bezeichnet werden.

ADH(H)S tritt transkulturell auf. Die Häufigkeit ist nicht von bestimmten Nationalitäten oder gesellschaftlichen und ethnischen Gruppen abhängig. Internationale Studien belegen ähnliche Prävalenzraten für verschiedene Länder und Kulturen.

Nach Skounti et al. 2007 zeigen die Studien aus anderen europäischen Ländern bei Kindern Prävalenzraten zwischen 3,6 bis 6,7%, während sie bei Jugendlichen mit 2,2 bis 2,6% geringer ausfallen (vgl. Esser 2008, 207, zit. n. Skounti et al. 2007).

Es gibt Berechnungen für eine weltweite durchschnittliche Berechnung der Prävalenzrate. Diese liegt laut Polanczk et al. 2007 bei 5,3%, wobei Europa mit 4,6% unter dem Durchschnitt und Nordamerika mit 6,6% über dem errechneten Durchschnitt liegen (vgl. Esser 2008 zit. n. Döpfner 2007). Von der Störung sind Jungen sehr viel häufiger als Mädchen betroffen. Die Relation beträgt ungefähr 3:1 (vgl. Barkley 2011, 3).

Nach Erhebungen im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts Berlin wurde für Kinder und Jugendliche in Deutschland bis zum 17. Lebensjahr eine mittlere Prävalenzrate von 3,9% ermittelt (vgl. Schlack 2007).

Die Störung wird auch als hyperkinetisches Syndrom (HKS), psychoorganisches Syndrom (POS) und im englischen als „attention-deficit- and hyperactivity-disorder“ (ADHD) bezeichnet.

Entsprechende Symptomkriterien für AD(H)S werden in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM IV detailliert beschrieben und mit diagnostischen Kriterien versehen.

In meinen Ausführungen beziehe ich mich auf die ICD-10 der WHO, da dieses Klassifikationssystem in Europa und Deutschland am häufigsten angewandt wird.

\*„Als Störung wird ein Zustand bezeichnet, wenn er beim betroffenen Menschen Schaden verursacht oder ihn, gemessen an seinen kulturellen Standards, benachteiligt und aus dem Unvermögen gewisser Mechanismen resultiert, ihre natürlichen Funktion zu erfüllen“ ( Loh 2003, 356).

Der Vollständigkeit halber sei zu erwähnen, dass sich die derzeit gültigen internationalen Klassifikationssysteme nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien unterscheiden. Es gibt Differenzen in der Bestimmung, der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die vorliegen müssen, wenn es sich um eine hyperkinetische Störung handelt.

***Der ICD-10 unterteilt die Störung (AD(H)S wie folgt (vgl. ICD- 10, 2010,213):***

F90	Hyperkinetische Störungen
F90.0	Einfache Aktivitäts-und Aufmerksamkeitsstörungen
F90.1	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störungen, nicht näher bezeichnet
F98.8	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

Hyperkinetische Störungen (F90) sind laut ICD- 10 durch bestimmte Merkmale charakterisiert. Die Störung beginnt schon sehr früh, so wie schon oben beschrieben in der frühen Kindheit, sehr oft schon im Alter unter sechs Jahren. Sie tritt in Kombination von überaktiven Verhalten, mit wenig modulierten Verhalten, mit Unaufmerksamkeit und einem Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen auf. Die Verhaltenscharakteristika müssen unabhängig von spezifischen Situationen sein sowie beständig und über eine längere Zeit von mindestens sechs Monaten vorhanden sein.

Vor dem Erreichen des sechsten Lebensjahres ist hyperaktives Verhalten nur unzulänglich von natürlicher Unruhe und Unaufmerksamkeit abzugrenzen. Daher ist es von Bedeutung, sich in Fachhände zu begeben, um ein Missverhältnis zum Entwicklungsalter und zur Intelligenz abzuklären (vgl. Bundesärztekammer 2005, 5).

Die Kriterien der Störung wie beschrieben führen zu einer Fehlanpassung des Kindes. Sie sind seinem Entwicklungsstand nicht angemessen (vgl. Esser 2008, 204).

Bei der Untergliederung F90.0 handelt es sich um „Einfache Aktivitäts-und Aufmerksamkeitsstörungen“. Von hier ausgehend herrscht nach wie vor bei Experten Uneinigkeit, wie die Untergliederung sinnvoll aufgebaut werden sollte. Bei AD(H)S zeigt es sich, dass der Verlauf sehr häufig bis in die Adoleszenz bzw. ins Erwachsenenalter von Störungen des Sozialverhaltens (F91) wie aggressivem Verhalten, Delinquenz oder oppositionellen und aufsässigen Verhalten begleitet wird. Der Diagnoseschlüssel soll letztendlich verwendet werden, wenn die oben beschriebenen Kriterien für eine hyperkinetische Störung erfüllt sind, jedoch nicht in Begleitung einer Störung des Sozialverhaltens. Dieses Störungsbild findet sich im Schlüssel F90.1. Die Diagnoseschlüssel F90.8 und F90.9 ist eine Restkategorie, die nur verwendet werden soll, wenn die Differenzierung zwischen F90.0 und F90.1 nicht möglich ist (Steinhausen 1995, 13ff.).

Die Kernsymptomatik bei einer Aufmerksamkeitsstörung ist durch Aufmerksamkeitsstörungen/ Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe/ Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet. Die Merkmale sind in den genannten drei Verhaltensgrundmustern zumindest mit einem Schwerpunkt in einem der Bereiche ausgeprägt. Dabei sollte der Bewertungsmaßstab sich derart gestalten, dass damit verbundene Erwartungen im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern und in gleicher Situation erfolgen. Lauth und Schlottke beschreiben die Kernsymptome von AD(H)S wie folgt:

### ***Aufmerksamkeitsstörung/ Unaufmerksamkeit***

Der Begriff Unaufmerksamkeit bedeutet, dass die Kinder nur mangelnd aufmerksamkeitsorientiert und zielgerichtet verhalten können. Sie entwickeln oft eine enorme Abneigung gegen länger andauernde geistige Anstrengung. Die Verhaltensmerkmale zeigen sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die eine hohe eigene Verhaltenskontrolle fordern. Die Kinder haben Schwierigkeiten, längere Zeit bei einer Sache zu verweilen bzw. übersehen dabei wichtige Einzelheiten. Sie verlieren schnell das Interesse an einer Sache und springen zu einer vermeintlich interessanteren Aktivität. Oftmals bringen sie Aufgaben auch nicht zu Ende. Signifikant ist, dass sie ihre Aktivitäten nur mit viel Mühe und Unterstützung organisieren können und sie dabei ihr Ziel schnell aus den Augen verlieren oder es vergessen. Sie gelten dann bald als unordentlich, unzuverlässig und vergesslich (vgl. Lauth/ Schlottke 2002, 4ff.).

Am deutlichsten wird das für die Eltern oftmals bei der Erledigung der Hausaufgaben. Hier ist es von Bedeutung, dass die Eltern wissen, wie sie mit diesem Verhaltensumstand umgehen können.

### ***Hyperaktivität/ Hypoaktivität***

Das Symptom der Hyperaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit. Die Kinder werden als motorisch unruhig beschrieben. Es gelingt ihnen nur mit äußerster Anstrengung, still zu sitzen. Sie müssen sich bewegen, laufen durch die Klasse und toben übermäßig herum. Die Kinder zeichnet oftmals ein übermäßiger Redefluss aus. Sie sind unfähig ihr Bedürfnis der Bewegungsunruhe zu unterdrücken (ebd., 5)

Bei der Hypoaktivität hingegen, was eine Unteraktivität im Sinne einer Verlangsamung bedeutet, ist die Arbeitsweise des Kindes zu langsam. Diese Kinder zeigen sich überangepasst, mit wenig eigener Initiative sich in den Lernprozess einzubringen. Sie vergessen alles, machen nichts zu Ende und haben Schwierigkeiten, sich auf neue Aufgaben umzustellen. Sehr oft verzetteln sie sich in einer Aufgabe und bleiben in unwichtigen Details hängen. Im Alltag fehlt es ihnen an Handlungsplanung bzw. können sie nicht entscheiden, was sie als nächstes tun sollen. Es fällt ihnen schwer, Regeln, Konzepte und Strategien zu erfassen. Die Kinder haben emotionale Probleme, unterliegen sehr oft Stimmungsschwankungen. Sie zeigen sich oft mit einer unglücklichen Grundstimmung. Auf ihrer Suche nach Anerkennung bedienen sich manchmal der Clownerie. (vgl. Loh 2003, 360f.).

### ***Impulsivität***

Mit dem Begriff Impulsivität wird das vorschnelle und unbedachte Verhalten der Kinder angesprochen. Sie reagieren beispielsweise bei der Bearbeitung von Aufgaben voreilig, lesen sich diese nicht in Ruhe durch und als Folge treten gehäuft Fehler auf. Dadurch erleben die Kinder zahlreiche Misserfolge. Im Rahmen von Gruppenaktivitäten können sie sich nur schwer zurücknehmen bzw. abwarten, bis sie an der Reihe sind. Sie stören durch ihr impulsives Verhalten andere Kinder beim Lernen bzw. Arbeiten. Infolgedessen verstoßen sie auch häufig gegen Regeln der Gruppe, was ihnen wiederum Missbilligung und Ablehnung entgegen bringt. Kinder mit dem Symptom Impulsivität neigen ferner zu unbedachten Aktivitäten verbunden mit einer Unbekümmertheit gegenüber Gefahren, was mit einer Unfallgefahr einhergehen kann (vgl. Lauth/ Schlottke 2002, 5).

### **1.3 Stärken der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S**

Wie jeder Mensch, ist das Kind mit AD(H)S etwas ganz Besonderes und verfügt über Stärken und Schwächen. Oftmals erfahren diese Kinder aufgrund ihres Verhaltens durch ihr Umfeld viel Kritik bzw. erhalten auf ihre Reaktionen eine negative Rückkopplung. Dadurch leidet ihr Selbstwertgefühl und sie fühlen sich unvollkommen und minderwertig. Daher wäre es wichtig, sich auf ihre Stärken, die sie zweifellos haben, zu besinnen und dort das Augenmerk einer positiven Kommunikation zu legen.

Kinder mit AD(H)S haben einige hervorragende soziale Charaktereigenschaften, die sie sehr wertvoll machen. Die Kinder sind sehr begeisterungsfähig für Neues und zeigen dabei ein hohes Maß an Kreativität. Ihre Impulsivität macht die Kinder zu interessanten Gesprächspartner. Dabei zeigen sie sich offen und authentisch.

Aus meinen beruflichen Erfahrungen mit Kindern, die ich aus meiner Zeit der Heimerziehung sammeln konnte, lernte ich Kinder kennen, die ein sehr ausgeprägtes Mitgefühl für andere Menschen entwickelten. Wahrscheinlich begründet sich diese Eigenschaft auf ihre leidvollen Erfahrungen, die sie im Laufe ihres Lebens sammeln mussten. Dadurch konnten bzw. können sie sich sehr gut in das Leid anderer Menschen hineinversetzen.

Sie sind zwar in der Lage, den erfahrensten Pädagogen „die letzten Nerven zu rauben“, in gefährlichen Situationen lernte ich sie jedoch als hochsensibel und sehr verlässlich schätzen.

In seinem Buch beschreibt Feed Kinder mit AD(H)S für mich sehr treffend. „Sie sind Nonkonformisten, die mit ihren prüfenden, neugierigen Verstand Regeln und Autoritäten in Frage stellen und ein ausgeprägtes Gefühl für Gerechtigkeit haben (Freed, 2001, 11).

### **1.4 Zur Ursachenforschung**

Trotz intensiver Forschungsbemühungen sind die Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung nach wie vor nicht abschließend geklärt. Eindeutige bzw. alleinige Erklärung gibt es nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht.

Ich gehe nach der Auseinandersetzung mit diesem Thema AD(H)S ebenfalls davon aus, dass es eine einfache Erklärung für die Störung nicht gibt. Dafür zeigt sich die Störung mit zu vielen, unterschiedlichen Symptomen, Ausprägungen und Kombinationen bezüglich der auftretenden Begleitscheinungen.

Nach dem derzeitigen Kenntnisstand der Wissenschaft handelt es sich beim Phänomen AD(H)S um ein multifaktorielles Geschehen, in welchem verschiedene ätiologische Faktoren vermutet werden. Biologische und konstitutionelle Merkmale nehmen dabei vermutlich eine entscheidende Rolle ein. Dabei können die wichtigsten Ursachen für die Entstehung eines AD(H)S in drei größere Gruppen geteilt werden. Es spielen verschiedene biologische Faktoren, psychische und soziale Faktoren bzw. Umwelteinflüsse bei der Herausbildung einer AD(H)S eine bedeutende Rolle (vgl. Von Loh 2003, 355).

### **Biologische Faktoren**

Einige Mediziner betrachten AD(H)S als eine Stoffwechselerkrankung mit fehlerhafter Informationsverarbeitung im Gehirn, wobei es zu einer verminderten zerebralen Durchblutung des Frontalhirns kommt. Dazu führten dänische Mitarbeitern des Kennedy Instituts in Dänemark 1984 drei Studien durch. Sie verglichen die Durchblutung im Gehirn von Kindern mit AD(H)S gegenüber der Hirndurchblutung von Kindern ohne das Störungsbild. Das Ergebnis zeigte in allen drei Studien, dass das bei Kindern mit AD(H)S die vordere Hirnregion weniger durchblutet war. Die Gehirnstruktur ist jedoch nicht betroffen.

Vor allem der Nucleus caudatus war davon beeinflusst, der den vorderen Teil des Gehirns mit dem in der Mitte des Gehirn gelegenen limbischen System verbindet. Der Nucleus caudatus besteht aus mehreren Nervenfasernsträngen. Einer davon ist der Striatum, der eine Rolle für die Verhaltenshemmung und Konzentration spielt. Das limbische System ist wiederum für die Steuerung von Emotionen, die Motivation und das Gedächtnis zuständig. Die wechselseitige Signalverbindung zwischen limbischen System und der vorderen Hirnregion ist gemeinsam für die Kontrolle des Verhaltens und die Regulierung der Gefühle verantwortlich und bei Kindern mit AD(H)S gestört. Unter Einnahme von AD(H)S- Stimulanzien erhöhte sich nachweislich der Blutfluss in dieser Hirnregion fast bis zum Normalniveau (vgl. Barkley 2011, 115).

Andere Hirnabschnitte hingegen, wie der im Bereich des Hinterhauptlappens, sind besser durchblutet und aktiver als bei Kindern ohne AD(H)S. In diesen Bereichen ist das Sehzentrum, das in der rechten Hemisphäre des Gehirns liegt, angesiedelt, was eine Erklärung sein könnte, warum Menschen mit AD(H)S ausgesprochene visuelle Typen sind. Die Dominanz der rechten Hirnhemisphäre wäre eine Erklärung, warum Menschen mit AD(H)S besser durch Zuschauen als durch Erklären lernen (vgl. Freed 2001, 10f).

Eine andere häufig vertretende Ansicht der Wissenschaft zufolge ist bei Menschen mit AD(H)S das Zusammenspiel der Neurotransmitter, die für den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen verantwortlich sind, gestört. Reize werden durch eine angenommene Unterversorgung mit dem Botenstoff Dopamin nur unzureichend gefiltert. Das Aufkommen neuer Gedanken bzw. Verhaltensimpulse kann dadurch nicht gehemmt werden. Dementsprechend können begonnene Gedankengänge nicht zu Ende gedacht werden. Es kommt zu einer überdurchschnittlichen und permanenten Reizüberflutung. Diese Kinder sind daher nur eingeschränkt in der Lage, ihre Aufmerksamkeit auf eine Sache zu fokussieren. Sie können nur schwer wichtige von unwichtigen Wahrnehmungen unterscheiden.

In einigen Untersuchungen wurde Kindern mit AD(H)S Rückenmarksflüssigkeit entnommen und man wies dabei nach, dass bei ihnen möglicherweise ein Dopamin Mangel vorliegt. Andere Studien mit Blut- und Urintests kamen zu anderen Ergebnissen. Genetische Studien jedoch zeigen eindeutig, dass dem System in Verbindung mit Dopamin eine zentrale Funktion zugeschrieben werden muss (vgl. Barkley 2011, 113ff).

Es gibt Kinder, die eine Hirnschädigung erleiden wie z.B. nach einer Unfallverletzung, zentralnervöser Infektion während der Schwangerschaft oder durch Epilepsie. Auch diese Kinder zeigen dann AD(H)S- Anzeichen. Die meisten Kinder mit AD(H)S haben aber nicht solch eine Vorgeschichte

In Studien zu genetisch bedingten Ursachen konnte eine höhere Prävalenz von Eltern und Verwandten von Kindern mit hyperkinetischen Störungen festgestellt werden. Kommt AD(H)S in einer Familie vor, besteht das Risiko, dass sich dies erblich vermehrt wiederholt. Im genetischen Code von diesen Kindern findet man doppelt so häufig eine Genvariante, die die Dopamin- Sensibilität bestimmter Hirnzellen steuert. Daher ist es nicht auszuschließen, dass diese Kinder mit einer Anfälligkeit für das Störungsbild ausgestattet sind (ebd. vgl. ,355 ff.).

„Kinder von Eltern mit hyperkinetischen Störungen entwickeln in 57% der Fälle ebenfalls eine solche Störung“ (Döpfner 2000, 10, zit. n. Biedermann et al., 1995).

Noch überzeugender stellen sich Zwillingsstudien dar. In einer Studie der University of Colorado von 1992 wurde bei 79% der eineiigen Zwillingsgeschwister von Kindern mit AD(H)S die gleiche Störung festgestellt (vgl. Barkley, 2011,123).

### ***Psycho-soziale Faktoren/ Erziehungseinflüsse***

Nach dem gegenwärtigen Wissensstand sind psychosoziale Bedingungen keine primäre Ursache für die Herausbildung einer hyperkinetischen Störung. Sie tragen aber entscheidend zum Schweregrad bzw. Verlauf der Störung bei. Bei Kindern kann innere Unruhe entstehen, die durch äußere ungünstige Faktoren hervorgerufen werden. Schon bei Babys wurden Beobachtungen gemacht, dass sie vermehrt schreien, unter Schlafstörungen leiden und ruhelos reagieren, wenn ihnen wenig passende Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegen gebracht wird. Durch andauernde Defizite die entstehen, wenn nicht ausreichend zeitliche Bereitschaft und liebevoller Umgang erwachsener Bezugspersonen vorhanden ist, vermutet man, dass sich ein Risiko für die Entstehung von AD(H)S ergibt.

So zählen das Aufwachsen bei einem Elternteil, familiär Unstabilität, niedriges Familieneinkommen, sehr beengte Wohnverhältnisse oder ständiger Streit zwischen den Eltern und eine Scheidung als Risikofaktor für AD(H)S. Sind die Eltern nicht in der Lage, das Erziehungsgeschehen von außen zu steuern oder vernachlässigen oder misshandeln sie ihre Kinder schlimmstenfalls, säen sie Grundlage für die Auslösung bzw. Manifestation von AD(H)S (vgl. Von Loh 2003, 355ff.).

„Wegen der genetischen Prädisposition sind nämlich häufig auch weitere Familienmitglieder Symptomträger- wenn auch oftmals unerkannt. Hierbei ergibt sich die ungünstige Konstellation, dass einerseits die Eltern bereits im Säuglingsalter mit Verhaltensauffälligkeiten (häufige Unruhe, Schlafstörungen, Infekt- Anfälligkeit) des Kindes konfrontiert werden, bei denen übliche Erziehungsregeln versagen. Andererseits kann bei den Eltern eine erhöhte Reizbarkeit und Impulsivität bis hin zu aggressiven Verhaltensstörungen vorliegen. Übliche soziale Lernerfahrungen unterbleiben bei Kindern mit AD(H)S daher häufig, so dass die durch das Syndrom eingeschränkte Verhaltenskontrollen in der Folge zu weiteren- sekundären- Problemen führen können“ (Schröder 2006, 49).

### ***Umweltfaktoren***

Zur Herausbildung des Störungsbildes gehört auch der Einfluss ernährungswissenschaftlicher Aspekte. Eine Fehlernährung, Allergien bzw. Unverträglichkeiten von Nahrungsmittelzusätzen wie

besonders Farb- und Konservierungsstoffe können AD(H)S- Merkmale auslösen, sind aber nicht alleinige Ursache dafür (vgl. Von Loh 2003, 355 ff.).

Nachgewiesen ist ebenfalls der negative Einfluss von Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft. Diese Genussmittel wirken auf die Entwicklung des Nucleus caudatus sowie auf die vordere Hirnregion des Ungeborenen. Mitarbeiter des Massachusetts General Hospitals stellten Mitte der neunziger Jahre einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Menge der gerauchten Zigaretten und dem späteren Risiko, an AD(H)S zu erkranken, fest (vgl. Barkley, 2011, 121).

## **1.5 Begleitstörungen und Komorbiditäten**

„AD(H)S. ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter mit Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und auf die soziale, kognitive und emotionale Funktionsfähigkeit“ (vgl. Schlack 2007, 827ff).

So weisen bis zu zwei Drittel aller Kinder mit AD(H)S neben den Kernsymptomen weitere, sogenannte komorbide Störungen auf. Diese stellen für das Kind einen zusätzlichen Risikofaktor für seine Entwicklung dar.

„Andere, für die Diagnose jedoch nicht maßgebliche Störungen verbinden sich überzufällig häufig mit hyperkinetischen Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS), vor allem umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache, des Lesens und der Rechtschreibung, sowie, teils sekundäre Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen“ (Bundesärztekammer 2005, 5).

### ***Psychosoziale Problematik***

Ein Kind mit AD(H)S bewirkt für sich und sein soziales Umfeld eine erhöhte psychosoziale Belastung. Es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit bzw. steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer enormen Beeinträchtigung des Familien- und Ehelebens kommt. Die Eltern sind permanent damit beschäftigt, die Beeinträchtigungen ihres Kindes auszugleichen. Viele Familien berichten von gestörten Eltern- Kind- Geschwister- Beziehungen. Die Eltern fühlen sich in ihrer Elternkompetenz eingeschränkt und erleben im Erziehungsprozess vermehrten Stress.

Viele Kinder brauchen im sozialen Umfeld Unterstützung. Sehr oft leiden die betroffenen Kinder darunter, dass sie ständig anecken und keine stabilen Freundschaften bzw. Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Klassenkameraden aufbauen und pflegen können. Sie sind jedoch nicht in der Lage, ihr Verhalten selber zu ändern.

In der Teenagerzeit kommt es bei den Betroffenen zu vermehrten frühzeitigen Schwangerschaften, da sich ihre Handlungsimpulsivität auch im sexuellen Bereich wiederfindet. Die Wahrscheinlichkeit ist ebenfalls erhöht, dass betroffene Menschen Kinder mit mehreren, wechselnden Partnern haben. Auch ihre Delinquenz- Neigung ist erhöht. Bei Strafgefangenen, die wegen gewalttätigen Verhaltens inhaftiert waren, wurde überproportional häufig in der Kindheit AD(H)S diagnostiziert. Schließlich geht die Störung mit einem hohen individuellen und sozialen Leidensdruck der Betroffenen einher (vgl. Schlack, 2007, 828).

„Die Erfahrungen mit sich selbst und den Reaktionen anderer Personen verunsichern das aufmerksamkeitsgestörte Kind und schränken sein ohnehin nicht ausgeprägtes Selbstwertgefühl wei-



ter ein. Die Folge hiervon ist ein eher negatives Selbstbild, was jedoch häufiger durch expansive Verhaltensweisen kaschiert wird (z.B. betont offensives Verhalten, Aggressivität, großspuriges Verhalten)“ (Lauth/ Schlottke 2002, 9).

### ***Oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen***

Das Verhalten aufmerksamkeitsgestörter Kinder ist im Erziehungs- und Schulalltag oft erwartungswidrig. Bei etwa 50% aller Kinder mit hyperkinetischer Störung treten begleitend oppositionelle Verhaltensstörungen auf. Bei 30 bis 50% der Fälle kommt es zu dissozialen Verhaltensstörungen im Jugendalter (vgl. Döpfner, 2000, 8).

AD(H)S löst eine Reihe von Begleit- und Folgeproblemen aus. Leider wird das auffällige Verhalten von den unmittelbaren Bezugspersonen zumeist nicht als ein Ausdruck einer Störung gesehen. Die Kinder erfahren im Alltag, in der Schule aber auch in der Familie Ungerechtigkeit, in dem ihr Verhalten als ungezogen, disziplinos und rücksichtslos interpretiert wird (vgl. Lauth/ Schlottke 2002, 6). Die Reaktion der Erwachsenen auf das Kind sind sehr oft sehr negativ besetzt. Sie schimpfen, strafen, resignieren oder distanzieren sich von dem Kind. Auch symptomfreie Kinder missbrauchen das Kind manchmal als Sündenbock. Es beginnt ein Teufelskreis. Das Kind mit seinem Problem fühlt sich allein, unverstanden, ängstlich, ungeliebt und unsicher. Oftmals wehrt es sich in aggressiver Art und Weise. Es kann dadurch zu Leistungsversagen kommen (vgl. Von Loh 2003, 361). Den Kindern wird fehlender Wille unterstellt etwas zu leisten und sie gelten als unreif und unangepasst (vgl. Lauth/ Schlottke 2002, 6).

Im Jugendalter, mit Beginn der Pubertät, gehen die Symptome zum Teil zurück. Dies betrifft hauptsächlich die motorische Unruhe. Die Aufmerksamkeitsstörung hingegen bleibt weiterhin bestehen. (vgl. Schlack, 2007, 827).

### ***Depressive Störungen***

Die Komorbidität einer hyperkinetischen mit einer depressiven Störung liegt im Kindesalter zwischen 9- 38% (vgl. Döpfner, 2000, 8, zit. n. Biedermann et al. 1992; Anderson et. al., 1987; Milberger et. al., 1995). Kinder mit AD(H)S haben eine schwierige Biographie. Sie erfahren sehr oft wie oben beschriebenen Kränkungen bezüglich ihres unangemessenen Sozialverhaltens bzw. anhaltenden Schulversagen. Diese sich immer stetig wiederholenden ungünstigen Entwicklungssituationen bzw. Kindheitsbelastungen verhindern vermutlich den Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins. Die für das Kind beschriebenen negativen Einflüsse und die fehlende Herausbildung eines gesunden Selbstbewusstseins, unterstützen wiederum die Entwicklung von depressiven Störungen.

„Hierbei scheinen sich depressive Symptome infolge der mit ADHS einhergehenden Beeinträchtigung zu entwickeln (sekundäre Störung)“ (Kain 2008, 766).

### ***Angststörungen***

Verglichen mit der Normalbevölkerung, in der 5-15% unter Angststörungen leiden, schreibt man 25% der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung eine Angststörung zu (vgl. Döpfner, 2000, 8, zit. n. Cohen et al., 1993). Die Diagnose komorbider Angststörungen bei hyperkinetischen Kindern ist aber nicht so leicht zu stellen. Die Eltern konzentrieren sich hauptsächlich auf die externalen

Auffälligkeiten ihres Kindes und stellen diese daher im Vordergrund der Symptomschilderung. Es ist aber wichtig, das diagnostische Augenmerk stärker auf das Kind zu zentrieren (vgl. Döpfner 2000, 8f., zit. n. Tannock, 1994).

### ***Tic- Störungen***

Auch Tic- Störungen spielen bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen eine Rolle. Sie treten bei Kindern mit einer hyperkinetischen Störung begleitend bis zu 30% auf. Patienten, die am Tourette-Syndrom leiden haben umgekehrt in bis zu 70% der Fälle eine hyperkinetische Störung. Es ist erwiesen, dass sich die hyperkinetische Störung vor der Tic- Störung entwickelt (Döpfner 2000, 9, zit. n. Comings 1990).

### ***Umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernstörungen und Teilleistungsschwächen***

Psychomotorische Entwicklungsverzögerungen sind bei Kindern mit AD(H)S häufig. Dabei ist die Sprachentwicklung verzögert. Die Sprachfähigkeit ist teilweise beeinträchtigt. Mit Schulbesuch treten vermehrt Lese- Rechtschreib- Störungen oder isolierte Rechenstörungen (vgl. Döpfner 2000, zit. n. Taylor et al., 1991; Semrud- Clikeman et al., 1992).

In der Literatur liest man immer wieder, dass die Intelligenzleistungen von Kindern mit hyperkinetischen Störungen um sieben bis fünfzehn IQ- Punkte gemindert sind. Es ist jedoch noch nicht geklärt, ob diese Diskrepanzen durch verminderte Aufmerksamkeitsleistungen in der Testsituation verursacht wurden. Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität weisen keine geringeren Intelligenzwerte auf, wohl aber Kinder mit ausschließlicher Aufmerksamkeitsstörung. (vgl. Döpfner 2000, zit. n. Taylor et al, 1991; Semrud- Clikeman et al., 1992).

### ***Risiko für Unfälle***

In meinen folgenden Ausführungen bezüglich eines Unfallrisikos von Kindern mit einer hyperkinetischen Störung, beziehe ich mich auf Zahlenmaterial aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) des Robert Koch Institutes Berlin.

Für Kinder mit AD(H)S besteht nachweislich ein vierfach erhöhtes Risiko, ein Verkehrsunfall zu erleiden. Es wurde ein dreifaches Risiko für akzidentelle Vergiftungen festgestellt. Im jungen Erwachsenenalter sind diese Menschen oftmals in Verkehrsunfälle verwickelt, da sie riskant oder unsicheres Fahrverhalten an den Tag legen.

Bedingt ihrem Hang, nicht über die Folgen ihres Handelns vorausschauend nachzudenken bzw. Gefahren nicht realistisch einzuschätzen, ihrer oftmals geringen motorischen Fähigkeiten sowie durch das Provozieren von gefährlichen Situationen, treten bei Menschen mit (AD(H)S grundsätzlich vermehrte Verletzungen auf (vgl. Schlack 2007, 827).

## **1.6 Verlauf der Störung**

Laut Döpfner liegen zum Verlauf von hyperkinetischen Störungen fast keine größeren Studien bezüglich Mädchen vor. Dies begründet sich mit der erhöhten Häufung der Störung bei Jungen. Laut Langzeitprognosen verlaufen diese aber ähnlich wie bei Jungen (vgl. Döpfner 2000, 16, zit. n. Mc Gee et al., 1990).

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben den Verlauf der Störung in den jeweiligen Altersbereichen.

### ***Säuglings-und Kleinkindalter***

In diesem Alter gelingt, wie im nachfolgenden Punkt beschrieben, eine Abgrenzung zwischen normgerechten Verhalten und hyperkinetischen Symptomen noch nicht. Es ist aber möglich, eine Anamnese bis in das Säuglingsalter zu verfolgen.

Döpfner erwähnt in seinen Ausführungen, dass die Kinder bezüglich ihres Temperamentes und ihrer Stimmungslage sehr unausgeglichen wirken und wenig in der Lage sind, sich anzupassen. Sie sind sehr oft Schreibabys. Außerdem fallen sie durch Ess- und Schlafprobleme auf. Das Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, erhöht sich erheblich, wenn psychische Störungen der Eltern, Eheproblem, feindselige Einstellungen oder kritisierende Interaktionen der Mutter gegenüber dem Kind dazu kommen. Es wird dementsprechend schwierig, die Ausprägungen einer psychischen Störung im späteren Kindesalter zu verhindern, wenn keine positive bzw. belastungsfreie Eltern- Kind- Aktion gelingt. Die Persistenz für eine hyperkinetische Störung ist dann deutlich erhöht (vgl. Döpfner 2000, 17 f., zit. n. Cameron, 1978; Earls & Jung, 1987; Campbell, 1990).

### ***Kindergartenalter***

Grundsätzlich ist ab dem Alter von drei Jahren eine Abgrenzung von hyperkinetischen Symptomen zum normalen Verhalten kleiner Kinder möglich. Diese Abgrenzung kann in Einzelfällen aber auch nicht gelingen, da, so schreibt Esser in seinen Ausführungen, der natürliche Bewegungsdrang von Kindern gegenüber Hyperaktivität noch nicht klar abgrenzbar ist und daher fragwürdig bleiben muss (vgl. Esser 2008, 205).

Ab diesem Alter jedoch fallen die Kinder bereits durch bestimmte Verhaltensmerkmale wie Überaktivität, eine geringe Aufmerksamkeitsspanne und oppositionellem Verhalten auf. Am deutlichsten zeigen sich bei diesen Kindern allgemeine Anzeichen wie motorische Unruhe und extreme Umtreibigkeit. Studien belegen eine relativ hohe Stabilität der Symptomatik vom Vorschulalter bis in das Grundschulalter hinein. Dabei zeigt etwa die Hälfte der auffälligen dreijährigen Kinder auch mit sechs Jahren weiterhin hyperkinetische Auffälligkeiten.

Kinder mit einer ausgeprägten und stabilen hyperkinetischen Störung unterscheiden sich schon im Alter von drei Jahren von jenen, die eine entsprechende Symptomatik bis zum sechsten Lebensjahr vermindern. Sie zeichnet eine ausgeprägte Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsschwäche, aber auch eine erhöhte Aggressivität aus. Sie erfahren außerdem eine erhöhte Rate an negativ-kontrollierenden Eltern- Kind- Aktionen (vgl. Esser 2008, 211, zit. n. Campbell et al., 1986 a, 1986 b; Campbell 1990).

Zusätzlich entstehen für den weiteren Verlauf Risikofaktoren in der Entwicklung der Motorik, der sprachlichen und visuellen Entwicklung des Kindes (vgl. Döpfner 2000, 18, zit. n. Barkley 1990).

Die Stabilität der Störung wird im Altersbereich von drei bis sechs Jahren mit ungefähr 50% angegeben (vgl. Döpfner 2000, 18, zit. n. Campbell, 1986a, c).

### **Grundschulalter**

Mit Eintritt in das Schulalter explodieren die Probleme der hyperkinetischen Kinder schlagartig. Die Problematik verlagert sich auf den Lern- und Leistungsbereich. Die Kinder werden plötzlich mit kontinuierlichen Anforderungen konfrontiert (vgl. Esser 2008, 211).

„Höhere Anforderungen an die Arbeits- und Handlungsstruktur im Unterricht sowie während der Hausaufgabensituation lassen die Aufmerksamkeitsschwäche und die kognitive Impulsivität voll zum Vorschein treten...“ (Döpfner 2000, 18, zit. n. Barkley et al. 1990; Fischer et al. 1990). Diesen Anforderungen sind sie oftmals kaum gewachsen. Besonders in fremdbestimmenden und besonders durchstrukturierten Unterrichtssituationen, fallen sie durch kurze Aufmerksamkeitsspannen, oppositionelles Verhalten sowie motorische Überaktivität auf. Weiterhin sind dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen und Stehlen aber auch die Neigung zu Wutausbrüchen zu benennen. Die Kinder zeigen vor allem in der späteren Grundschulzeit ein vermindertes Selbstwertgefühl. Die Stabilität der Störung liegt in diesem Altersbereich bei mindestens 60 bis 70% (vgl. Esser 2008, 211).

Zur Langzeitprognose bezüglich ihrer Schulleistungen liest man bei Döpfner, dass diese desto schlechter ausfällt, je ausgeprägter die Aufmerksamkeitsstörung vorhanden ist. Kinder mit hyperkinetischen Störungen zeichnen sich gegenüber unauffälligen Kindern in erhöhtem Maße an Unterrichtsausschließungen, Schulverweisen, und Klassenwiederholungen aus. (vgl. Döpfner 2000, 18). Zu beobachten sind bei diesen Kindern neben hyperkinetischen Auffälligkeiten auch Störungen in den Beziehungen zu gleichaltrigen Kindern. Sie sind oft Außenseiter und haben nur wenige Freunde (vgl. Döpfner 2000, 18, zit. n. Pelham & Bender 1982).

### **Jugendalter**

„Im Jugendalter beträgt die Stabilität der Störung immer noch zwischen 30 und 70%“ (Döpfner 2000, 19, zit. n. Gittelman et al. 1985; Lampert et al. 1987).

Es kommt zu einem gewissen Symptomenwandel, da die motorische Hyperaktivität nachlässt. Bezüglich der Impulsivität und der Aufmerksamkeitsstörung kann man dies aber nicht beobachten. Diese Symptome überdauern den Verlauf der Störung.

In den Vordergrund rücken Störungen des Sozialverhaltens und delinquente Handlungen. Diese treten bei 25 bis 50% der hyperkinetischen Jugendlichen auf. In Deutschland liegt der Anteil der Jugendlichen mit dissozialen Störungen bei etwa 40% (vgl. Döpfner 2000, zit. n. Schmidt et al. 1991).

Auch in diesem Altersbereich sind Schulverweise, Schulabbrüche, Beschulung in Sonderschulung und Klassenwiederholungen häufiger als bei gleichaltrigen unauffälligeren Jugendlichen. Außerdem beenden die Jugendlichen ihre Schulkarriere mit einem niedrigen Schulabschluss als Jugendliche ohne hyperkinetische Störung (Esser 2008, 212, zit. n. Barkley et al. 1990).

Problembehaftet zeigt sich bei Jugendlichen mit dem Störungsbild der Umgang mit Alkohol und Drogen. Die Jugendlichen sind prädestiniert, weitere psychische Störungen zu entwickeln (vgl. Döpfner, 2000, 19 zit. n. Lampert et al. 1987; Fischer et al. 1993). Das beinhaltet vor allem affektive Störungen sowie interpersonelle Beziehungsstörungen (vgl. Döpfner 2000, 19, zit. n. Barkley 1990; Steinhausen 1995).

## **Erwachsenenalter**

Laut Döpfner können sich die beschriebenen Verhaltensformen bzw. einzelne hyperkinetische Symptome bis ins Erwachsenenalter fortsetzen, ohne jedoch das Vollbild zu zeigen. Der Prozentsatz des Fortbestehens liegt bei 50 bis 80% (vgl. Döpfner 2000, 19 zit. n. Wender 1995; Weiss & Hechtman 1993).

Bei dem größten Teil der Erwachsenen, die im Kindesalter hyperkinetisch auffällig diagnostiziert worden sind, zeigen sich Defizite in der sozialen Einbindung. Das psychische Wohlbefinden ist signifikant eingeschränkt. Aber auch der Beschäftigungsstatus ist bei diesen Personen oftmals vermindert. Das Risiko eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, ein Alkohol- oder Drogenproblem oder eine interpersonelle Beziehungsstörung zu entwickeln, ist spezifisch erhöht (vgl. Esser, 2008, 212, zit. n. Barkley 2006).

„Der Unterschied zur Kindheit liegt vor allem in den Auswirkungen, die diese Symptome auf das Leben der Betroffenen haben und darauf, wie sie ihren Aufgaben in der Welt der Erwachsenen gerecht werden. Kleine Kinder haben keine Probleme mit dem Autofahren, der Sexualität, dem Umgang mit Geld, dem Lebenspartner und der Arbeit- einfach weil ihnen diese Lebensbereiche noch nicht zugänglich sind. Die Konsequenzen der ADHS- Symptome sind im Erwachsenenalter weitreichender und gravierender, was jedoch daran liegt, dass sich Erwachsene im Allgemeinen vielfältigeren, anspruchsvolleren und bedeutenderen Aufgaben gegenübersehen als Kinder“ (Barkley, 2011, 155).

Dieses Zitat deckt sich mit meinen Erfahrungen, die ich in meiner beruflichen Tätigkeit in der stationären Jugendhilfe und beim ASD sammeln konnte. Im Laufe meiner Berufsjahre beobachtete ich immer wieder, dass sich eine fortbestehende AD(H)S- Symptomatik von Eltern oder Elternteilen nachteilig auf das gesamte Familiengefüge auswirkte, vor allem aber die stabile Alltagsversorgung und die Emotionalität der Kinder ungünstig beeinflusste.

## **2 Möglichkeiten der Behandlung von AD(H)S**

### **2.1 Aufklärung und Beratung**

Bevor mit einer Behandlung im Sinne einer multimodalen Therapie begonnen werden kann, ist es wichtig, sich auf den Weg zu machen, einen geeigneten Spezialisten für das Störungsbild AD(H)S zu finden.

Sehr oft verbergen Familien vorerst das Problem in ihrer unmittelbaren Umgebung. Sie hoffen und wünschen sich, dass sich die Auffälligkeiten des Kindes wieder verlieren bzw. nicht ein solch ernsthaftes Problem dahinter steckt. Mitunter schämen sie sich auch für das Verhalten ihres Nachwuchses.

Sobald sich aber das Kind mit Eintritt in eine Vorschuleinrichtung, aus der Sicherheit des Familiensystems entfernt, sich auf eigene Füße stellt und zunehmend lernen muss, allein zurecht zu kommen, treten die Probleme der hyperkinetischen Störung im sozialen Gefüge der Klasse zu Tage. Die Eltern werden mit den Beobachtungen der Einrichtung konfrontiert und sind spätestens dann gezwungen, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen.

Dann ist der Zeitpunkt gekommen, mit anderen Personen wie mit Eltern aus der Schule, der Familie oder mit engen Freunden, die vielleicht ähnliche Probleme mit ihren Kindern haben, ins Gespräch zu kommen.

Hier liegt die größte und schwerste Hürde der Eltern, sich ernsthaft dem Problem zu stellen, nämlich dahingehend, dass das eigene Kind anders ist, als man es von ihm erwartet. Neben Kontakten im Elternkreis der Einrichtung des Kindes kann dies auch der Startschuss sein, einen Kinderarzt, Kinderpsychologen, Schulpsychologen, eine Elterngruppe, eine Familienberatungsstelle, den ASD oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum aufzusuchen. Im Punkt 6 werde ich im nachfolgenden Text noch auf dieses Thema an Beispielen im Raum Leipzig eingehen.

Ist ein geeigneter Spezialist gefunden, steht am Anfang immer eine umfangreiche Diagnostizierung und eine gründliche Erhebung der Familienanamnese als Grundlage einer anschließenden Therapie. Dem schließt sich vor einer konkretisierenden therapeutischen Intervention eine gründliche Aufklärung und Beratung der Eltern sowie des Kindes an. Dies sollte in altersgerecht angemessener Form mit dem Kind sowie in angemessener Form mit den Eltern erörtert werden. Dabei werden erste Informationen zur Diagnose, über das Störungsbild, die Ursachen, den möglichen Verlauf bzw. über erste Behandlungsansätze gesprochen. Die Beratung der Eltern beinhaltet auch andere Belastungen der Familie wie z.B. Partnerschaftsprobleme. Es werden erste Strategien im Umgang mit dem hyperkinetischen Kind zu vereinbart (vgl. Esser 2008, 2012 zit. n. Döpfner et al. 2007b).

## **2.2 Die Behandlung im Sinne einer multimodalen Therapie**

Nach meiner ausgiebigen Auseinandersetzung mit dem Thema AD(H)S, lege ich persönlich die Gewichtung der Behandlungsmöglichkeiten auf die multimodale Therapie.

Die multimodale Therapie setzt sich aus einer Anzahl von verschiedenen Bausteinen zusammen, die individuell und parallel miteinander kombiniert werden können. Dazu gehört eine geeignete Psychotherapie, ein gutes Elterntaining und wenn es notwendig ist, eine medikamentöse Behandlung. Das Ziel muss dabei sein, dass es dem Kind im Alltag mit seinen jeweiligen Verhaltensauffälligkeiten besser geht und seine Lebensqualität berücksichtigt wird. Das bedeutet, dass sich medizinische, psychologische und pädagogische Fachleute im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. in Form von gebündelten Maßnahmen zusammenfinden und über die Behandlungsmöglichkeiten sprechen, um nachfolgend Hand in Hand mit den Eltern und dem Kind zusammen zu arbeiten. Die unmittelbaren sozialen Partner, heißt die Familie des Kindes, sollten unbedingt mit in die Vorgehensweisen einbezogen werden, denn das Problem liegt nie allein beim Kind. Da AD(H)S einen chronischen Verlauf nimmt, ist es bedeutsam, dass die einmal begonnene Behandlungsbündelung kontinuierlich fortgesetzt wird. Nur dadurch kann die Wirksamkeit des Umgangs mit dem Störungsbild gewährleistet werden und es können neu auftretende oder sich verschärfende Probleme erfasst werden (vgl. Von Loh 2003, 366).

Da bei Kindern mit AD(H)S vielfältige Lebens- und Funktionsbereiche beeinträchtigt sind, machen also isolierte Behandlungsansätze, wenig Sinn. Bei der multimedialen Behandlungsmethode ist es grundlegend wichtig darauf zu achten, dass mit der Interventionsform dort angesetzt wird, wo die Probleme auftreten- je nach individuellen Fallbeispiel beim Kind, in der Familie oder in der Schule.

Außerdem ist es wichtig zu eruieren, in welcher Form sich das Störungsbild beim Kind zeigt, wo das Kernproblem der hyperkinetischen Störung liegt. Das kann, wie im theoretischen Teil bereits dargelegt, im Bereich der Aufmerksamkeit sein, sich in Form von aggressivem Verhalten und Auftreten äußern oder durch erhöhter Impulsivität oder Hyperaktivität gekennzeichnet sein. Es gilt außerdem zu ergründen, welche Begleiterscheinungen beim Kind vorhanden sind. Dabei werden den Eltern erste Informationen zur Diagnose, über das Störungsbild, die Ursachen, den möglichen Verlauf bzw. die geplanten Behandlungsansätze gegeben (vgl. Esser 2008, 212).

### **2.3 Tiefenpsychologische Behandlungsformen**

Die Tiefenpsychologie stellt eine Weiterentwicklung der Psychotherapie nach Freud dar bzw. hat sich aus der psychoanalytischen Praxis entwickelt. Sie wird über das gesamte Spektrum von neurotischen, psychotischen und psychosomatischen Störungen angewendet.

Tiefenpsychologische Behandlungen werden auch bei AD(H)S eingesetzt und hauptsächlich dann, wenn Konflikte in der kindlichen Entwicklung auftreten und dadurch die Beziehungen, der in der Familie lebenden Mitglieder, negativ beeinträchtigt werden.

In Bezug auf AD(H)S bedeutet dies für Therapeut und Eltern, das Verhalten des Kindes genau zu beobachten, um somit seine Verhaltensweisen zu verstehen und hinterfragen zu können. Die negativen Verhaltensmuster werden dann mittels tiefenpsychologischer Behandlungsformen durch alternative positive Verhaltensmuster ersetzt.

Eingeschliffene Verhaltensmuster lassen sich jedoch nicht so einfach abändern. Es ist schwierig, sie zu analysieren. Die Tiefenpsychologie vertritt dazu die Auffassung, dass nach außen gezeigtes Verhalten durch innere ungelöste Konflikte ausgelöst wird. Die Therapie lässt dabei das Seelenleben des Menschen und die ungelösten Konflikte nicht unbeachtet (vgl. [www.dr.gumpert.de/html.adhs.psychotherapie.html](http://www.dr.gumpert.de/html.adhs.psychotherapie.html)).

### **2.4 Verhaltenstherapie bei AD(H)S**

Eine hyperkinetische Störung beeinflusst das Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen dermaßen, dass es auf andere Menschen meist negativ wirkt. Nicht selten drängt diese Wirkung die Betroffenen an den Rand der Gesellschaft (vgl. [www.info-ads.de](http://www.info-ads.de)).

Wie in meiner Arbeit schon mehrmals erwähnt, leidet das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen dieser Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S durch eine Reihe leidvollen Erfahrungen.

Es gibt eine Anzahl von unterschiedlichen und geeigneten psycho-therapeutischer Behandlungsformen, die sich zur Therapie von AD(H)S eignen. Dabei ist die Verhaltenstherapie eine spezielle Form der Psychotherapie, die sich bei der Behandlung von AD(H)S als besonders wirksam erwiesen hat. Diese Therapie geht davon aus, dass jedes Verhalten erlernt worden ist und es auch wieder möglich ist, es zu verlernen. Eine psychische Störung wie AD(H)S bildet sich laut diesem Ansatz unter anderem auch deshalb aus, weil das Kind unangepasste Verhaltensweisen erlernt hat. (vgl. [www.lauth-schlottke.de/adhs-info/verhaltenstherapie.php](http://www.lauth-schlottke.de/adhs-info/verhaltenstherapie.php)).

„Wenn das Kind zum Beispiel durch Stören im Unterricht Aufmerksamkeit des Lehrers erlangt, wird es lernen, dass dies ein erfolgreicher Weg ist, um die gewünschte Aufmerksamkeit zu erlangen.

Um dem Kind dies abzugewöhnen, muss das Kind nun bei Störungen ignoriert werden und für ruhiges Verhalten mit Aufmerksamkeit belohnt werden“ (ebd., 1).

Verhaltenstherapeutische Angebote sind deshalb darauf ausgerichtet, dem Kind neues und erfolgreiches Lernen zu ermöglichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass wir überwiegend solche Verhaltensweisen beibehalten, die zu einem positiven Ergebnis führen. Des Weiteren werden Verhaltensweisen unterlassen, die Ärger, Bestrafung oder Misserfolg einbringen (ebd., 1).

Eine Verhaltenstherapie wird als Baustein eines multimodalen Therapieansatzes empfohlen.

Verhaltenstherapeutische Interventionen unterscheiden sich dadurch, wer im Mittelpunkt der Intervention steht. Patientenzentrierte Verfahren setzen direkt beim Kind mit AD(H)S an. Das sind zum einen Spieltherapien, die ein ausdauerndes Spielverhalten antrainieren bzw. aufbauen sollen. Weiterhin gibt es die Selbstinstruktionstrainings, in denen ein reflexives Arbeitsverhalten aufgebaut werden soll. Und schließlich werden Selbstmanagements- Verfahren benannt, mit denen reifere Kinder bzw. Jugendliche zu einer eigenständigen Verhaltensänderung angeleitet werden sollen. Die Kindergarten- und schulzentrierten Methoden sind bestrebt, ganz auf das Kind bezogene konkrete Verhaltensweisen durch hauptsächlich operante Methoden (z.B. positive Verstärkung) zu vermindern. Die Elterntrainings oder auch Eltern- Kind- Therapien zielen, durch eine Veränderung der Eltern- Kind- Aktion, auf eine Verminderung des problematischen Verhaltens in der Familie ab (vgl. Esser 2008, 216).

## **2.5 Systemische Interventionen bei AD(H)S**

Bei der Behandlung einer hyperkinetischen Störung versucht die systemische Familientherapie, die aus der Belastungssituationen der Familie entstandenen Konflikte zu bearbeiten. Diese negativen Situationen belasten wiederum die Therapie. Die systemische Familientherapie versucht demzufolge negative Einflüsse, die dem Kind im Weg stehen könnten, zu verändern. Sie spricht der Situation des Kindes eine bedeutende Rolle zu.

Als Beispiel könnte ein inkonsequenter Erziehungsstil aufgeführt werden. Der Erziehungsstil ist nicht die Ursache für AD(H)S, beeinflusst jedoch die Alltagssituation des Kindes stark. Solch eingefahrenen Verhaltensmuster werden in der systemischen Familientherapie aufgegriffen und so umgestaltet, dass eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen stattfinden kann.

Damit sich die Familienmitglieder in die Lage anderer hineinversetzen können, werden typische familiäre Situationen dargestellt. Dies geschieht beispielsweise durch den Einsatz von Puppen. Mit dieser darstellenden Therapie versucht man Rückschlüsse auf die Rollen innerhalb der Familie, auf Denkweisen, Einstellungen und Gefühle zu ziehen (vgl. [www.dr.gumpert.de/html.adhs-psychotherapie.html](http://www.dr.gumpert.de/html.adhs-psychotherapie.html)).

## **2.6 Eltern- und familienzentrierte Verfahren**

### ***Elterntraining***

Ein bedeutender Baustein im Rahmen einer multimodalen Therapie ist das Elterntraining. Diese Verfahren haben zum Ziel, zu einer Verminderung der problematischen Verhaltensweisen in der Familie beizutragen. Dies soll durch eine Veränderung der Eltern- Kind- Aktionen bewirkt werden.



Voraussetzung ist, dass wenigstens ein Elternteil mit dem Therapeuten kooperiert. Durch gezielte Aufklärung und Vermittlung von Informationen über das Störungsbild, soll eine Entlastung bei den Eltern erzielt werden. Zusätzlich werden die Eltern angeleitet, pädagogisch geschickter mit den auftretenden Schwierigkeiten umzugehen. Meistens reicht es für die Familie schon, dass durch den Austausch mit dem Therapeuten, der Psychologin oder mit anderen Eltern zu einer Entkrampfung der Familiensituation kommt, da man erfährt, dass es anderen ähnlich geht.

Ein weiterer Baustein der Elterntrainings besteht darin, bei den Eltern ein Verständnis zu entwickeln, warum sich ihr Kind so verhalten muss. Das ist eine wesentliche Grundlage, damit sich die Einstellung zum Kind ändert und sich eine Verhaltensänderung einstellt. Vor allem selbst von AD(H)S betroffenen Elternteil sollen einen Erziehungsstil erlernen, der auf der Basis einer liebevollen Annahme basiert und direktiv, konsequent und für das Kind annehmbar ist. Die Erziehungshilfen werden dem unterschiedlichen Entwicklungsstandes des Kindes angepasst. Über ein kontinuierliches Elterntraining hinaus, können individuelle Einzelberatungen oder Beratungen innerhalb einer Krisenintervention notwendig sein (vgl. Schröder 2006, 98ff.).

Ich möchte in diesem Zusammenhang das IntraActPlus- Konzept nach Dr. Fritz Jansen und Dipl. Psych. Uta Streit benennen. In den Therapiebaustein Elternarbeit wird das Thema Beziehung ganz eng in die Therapie einbezogen, mit dem Ziel, eine positivere Veränderung der Interaktion zwischen Eltern und Kind zu erreichen (vgl. [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de)).

### **Familientherapien**

Familientherapien zielen hingegen darauf, die Beziehungsstruktur in der Familie zu verbessern und Kommunikationsstörungen abzubauen. Dabei geht man davon aus, dass das auffällige Verhalten des AD(H)S belastenden Kindes allen Familienmitgliedern viel abverlangt. Über eine Einzeltherapie mit dem betroffenen Kind und dem zusätzlichen Elterntraining zur Vermittlung effektiver Erziehungsmethoden hinaus, kann man zusätzlich das Beziehungsgefüge einer Familie behandeln. Studien belegen, dass sowohl systemische Familientherapien als auch verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapien einen positiven Effekt bzw. eine Reduzierung der Kernsymptomatik erzielen (vgl. Schröder 2006, 100, zit. n. Saile und Trosbach 2001; Saile und Forse 2002).

## **2.7 Interventionen in der Schule**

Grundlage einer guten Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Kinder ist eine Information der Erzieher und Lehrer über das Störungsbildes des Kindes sowie den Optionen, die das Kind im Rahmen der Behandlung hat. Ziel muss es dabei sein, die hyperkinetische und aggressive Symptomatik zu reduzieren. Dazu eignen sich auch auf Verstärkerprinzipien aufbauende Verfahren bzw. dargestellte Techniken der Verhaltensmodifikation wie Token Systeme, therapeutische Verträge, Verstärker- Entzugssysteme, Checklisten, Time- Out- Zeiten und Selbstinstruktionstrainings.

Eine andere Möglichkeit ist es, die Kinder in bestimmten Schultypen zu integrieren. Dabei sollte der Schultypus gewählt werden, welcher der schulischen Leistungsfähigkeit des Kindes entspricht. Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass eine Sonderbeschulung notwendig ist.

Das Wichtigste ist aber ein vertrauensvoller Umgang zwischen Eltern und Klassenlehrer des Kindes, vor allem auch deshalb, weil das Kind viele Stunden in der Woche seine Zeit in der Schule

verbringt. Es ist vorteilhaft, dass das Kind, die in der Einzeltherapie eingeübten Strategien in der Schule anwenden kann. Nicht selten sind Rücksprachen zwischen Therapeut und Lehrkraft über zusätzliche Fördermaßnahmen oder über einen Nachteilsausgleich sinnvoll, vor allem wenn zusätzliche komorbide Störung wie zum Beispiel eine Teilleistungsschwäche vorliegt (vgl. Schröder 2006, 101).

## **2.8 Medikamentöse Therapie**

„Keine Form der ADHS- Therapie ist so präsent in den Medien wie die medikamentöse Behandlung- und keine andere ist so umstritten“ (Barkley 2011, 393).

In Deutschland stehen vier Stimulanzien zur Behandlung von AD(H)S zur Verfügung. Das sind zu ersten das Methylphenidat, in Form von Ritalin oder Medikinet, das D- Amphetamin und das Pemo- lin, in Form von Tradon.

Die Medikamente, die man als AD(H)S- Betroffener einnehmen kann, werden als Stimulanzien bezeichnet. Sie haben die Fähigkeit, das Gehirn zu stimulieren bzw. das Ausmaß an Aktivität oder Erregung im Gehirn zu erhöhen. Der Teil des Gehirns, auf den sie einwirken, ist für die Verhaltens- hemmung und Aufrechterhaltung von Anstrengung und Aufmerksamkeit zuständig. Übersetzt heißt dies, dass die Stimulanzien in gewisser Weise die Bremskraft des Gehirns erhöhen und damit die Kontrolle des Verhaltens übernehmen. Im menschlichen Gehirn sind zwar von Natur aus alle not- wendigen Substanzen vorhanden. Die Art und Weise, wie das Gehirn aber mit diesen Substanzen umgeht, welche in den Zellen des Gehirns (den Neuronen) produziert werden, beruht auf der Pro- duktion dieser Substanzen. Die Stimulanzien erhöhen deren Effekte. Durch die Stimulanzien wer- den die Substanzen, dazu zählen Dopamin und Adrenalin, beeinflusst. Die eingenommenen Stimu- lanzen erhöhen die Verfügbarkeit von Dopamin und Adrenalin im Gehirn bzw. die Aktivität der Gehirnzellen, die dabei helfen, Verhalten zu hemmen, sich konzentrieren zu können bzw. in der Lage zu sein, sich ausdauernd mit einer Sache zu beschäftigen (vgl. Barkley, 2011, 401f.).

Die Wirksamkeit der Mittel im Rahmen der Stimulanzien- Therapieform ist von allen Therapiefor- men die es gibt, am besten belegt. 70 bis 90% der Kinder in einem Alter über vier Jahren sprechen positiv auf eine Behandlung an. Bei Kindern im Schulalter normalisiert sich das Verhalten bei 50 bis 70%. Die Verbesserung bezieht sich vor allem auf die Konzentrationsfähigkeit und das stören- de hyperkinetische, unangemessene, störende und impulsive Verhalten. Die Beziehungen zu Gleichaltrigen verbessern sich, hauptsächlich, weil sich die aggressiven Verhaltensweisen des hyperkinetischen Kindes vermindern. Oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen nimmt ab und die Verminderung der Symptomatik hat häufig eine Verbesserung der schulischen Leistungs- fähigkeit zur Folge. Die Behandlung mit den Stimulanzien ist, um diese beschriebenen Effekte auf- recht zu erhalten, nur über eine Langzeitmedikation wirksam. Positive Verhaltensveränderungen nach dem Absetzen der Medikation konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Einnahme der Psychostimulanzien bringt eine Reihe von Nebenwirkungen mit sich. Die häu- figsten sind Durchschlafstörungen und eine Verminderung des Appetits (vgl. Esser 2011, 215f.)

Es gibt auch Kinder, die nicht auf Stimulanzien ansprechen. Es muss klar sein, dass diese Medi- kamente keine Allheilmittel darstellen. In vielen Fällen besteht der Nutzen der medikamentösen

Behandlung darin, die Wirksamkeit der psychologischen und pädagogischen Maßnahmen zu erhöhen und wird daher als Kombination dazu empfohlen (vgl. Barkley, 402).

## **2.9 Sonstige unterstützende Maßnahmen**

### ***Ernährung***

Viele Kinder mit AD(H)S sind süchtig nach Lebensmitteln, die fett und voll von chemischen Stoffen wie Farbstoffen und Konservierungsmitteln sind. Diese haben Auswirkungen auf Allergien und den Gesundheitszustand. Jeffrey Freed räumt ein, dass es möglich ist, dass hyperaktive Menschen einen Adrenalinstoß erleben, wenn sie beispielsweise Lebensmittel mit einem hohen Zucker- oder Koffeingehalt zu sich nehmen oder darauf leicht allergisch reagieren.

Die Änderung der Essgewohnheiten wird das Problem AD(H)S zwar nicht beseitigen. Aber bei Menschen mit einer hyperkinetischen Problematik dominiert die rechte Hemisphäre im Gehirn. Sie reagieren auf Chemikalien und Zusatzstoffe empfindlicher als der Durchschnittsmensch. Darauf aufbauend, könnte eine gesunde Ernährung nützlich sein. Nach neueren Studien wird diese Aussage aber als unrichtig angesehen, Zucker als Ursache für AD(H)S zu sehen. Neuere Studien legen sogar den Schluss nahe, dass sie manchen Kindern sogar helfen können, sich besser zu konzentrieren (vgl. Freed, 2001, 264).

Kinder mit AD(H)S haben außerdem oftmals einen erniedrigten Omega-3-Fettsäurespiegel. Dazu gab es eine Oxford- Durham- Studie mit 16 Schulkindern mit AD(H)S. Sie erhielten zur Nahrungsergänzung Omega-3-Fettsäuren. Nach dreimonatiger Einnahme wurden deutliche Verbesserungen im Verhalten beobachtet. Von den 16 Kindern mit AD(H)S wurden 7 Kinder als nicht mehr auffällig eingestuft. Insgesamt waren die Kinder nach der Untersuchung alle viel ruhiger, konzentrierter und leistungsfreudiger (vgl. [www.ganzimmun.de](http://www.ganzimmun.de)).

### ***Homöopathische Behandlung***

Manche Eltern von ADHS-Kindern lehnen grundsätzlich die Behandlung ihres Kindes mit Psychopharmaka ab und suchen nach funktionierenden Alternativen. Viele Eltern haben inzwischen die Erfahrung gemacht, dass ein gut gewähltes homöopathisches Mittel ihren Kindern helfen kann. Die Kinder werden ruhiger, konzentrierter und authentischer. Nebenwirkungen, wie sie bei Psychopharmaka auftreten, fallen weg. Homöopathische Mittel können aber nicht einfach so konsumiert werden.

Bei der Einstellung auf homöopathische Mittel handelt es sich um eine sehr individuelle Behandlung. Für die Kinder müssen entsprechend ihrer Symptome auch die passenden homöopathischen Wirkstoffe gefunden werden. Das dauert längere Zeit. Man kann davon ausgehen, dass eine optimale Therapiewirkung erst nach fünf bis sechs Monaten erreicht wird. Die Gabe von homöopathischen Mitteln ist außerdem an gewisse Vorbedingungen geknüpft. Die Eltern müssen Symptome genauestens beobachten und beschreiben können. Die Therapie eignete sich daher auch nicht für Krisensituationen.

Um stabile Besserung zu finden, kann diese alternative Behandlung auch analog zur Methylphenidat- Behandlung erfolgen (vgl. Frei 2009; 16).

### **Reduzierung des Medienkonsums**

Das Freizeitverhalten des heutigen Kindes wird immer mehr von Fernsehen, Internet, Spielkonsolen, Computer, Handys und Smartphones beherrscht. Der ungebremste Zugang zu technischen Medien dürfte grundsätzlich für alle Kinder und Jugendliche schädlich sein.

Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sind aber im besonderen Maße gefährdet, da die meist rasch wechselnde Bilderfolge im Fernsehen oder bei Computerspielen ihrer besonderen Impulsivität entgegenkommt. Außerdem versuchen sie oftmals ihre Probleme am Computer oder an den Spielkonsolen zu vergessen. Die Gefahr besteht auch dahingehend, dass die Betroffenen wegen ihres Versagens in der Schule meist isoliert oder teilweise sogar gemobbt werden. Sie versuchen sich aus der realen Welt zurückziehen und in die virtuelle Welt zu flüchten.

Eltern von Kindern mit AD(H)S wird geraten, den Medienkonsum ihrer Kinder auf nicht mehr als täglich eine Stunde Fernsehen, Computer und unter anderem zu beschränken (vgl. [www.adhssymptome.de/adhs-und-medienkonsum](http://www.adhssymptome.de/adhs-und-medienkonsum)).

### **3 Warum benötigen Eltern mit AD(H)S Hilfe?**

Familien von Kindern mit AD(H)S wird im Alltag einiges abverlangt. Die Erziehung eines aufmerksamkeitsgestörten Kindes bedeutet sowohl einen permanent erhöhten Zeitaufwand als auch einen größeren Nervenaufwand. Das Kind braucht außerdem, um sich positiv entwickeln zu können, wesentlich mehr klare Strukturen im Alltag, als „gesunde“ Kinder. Bis es zu einer Diagnose kommt und bis Eltern begreifen, dass ihr Kind anders tickt, ist oft ein langer und beschwerlicher Weg.

Durch den ständigen Kampf im Alltag fühlen sich Eltern dementsprechend abgekämpft und erschöpft. Teilweise ziehen sie sich auch aus dem sozialen Leben zurück, um die Probleme mit dem Kind nicht in der Öffentlichkeit austragen zu müssen (vgl. [www.lauth-schlottke.de](http://www.lauth-schlottke.de)).

Diese Eltern wünschen sich, wie fast jede Familie für das eigene Kind, dass es erfolgreich lernt und sich zu etwas ganz Besonderem entwickelt. Plötzlich rückt diese Kind mit negativen Auffälligkeiten in den Mittelpunkt des öffentlichen Lebens. Den dabei entstandenen emotionalen Druck müssen Eltern erst einmal aushalten lernen. Denn schnell greifen Lehrer und Erzieher zu Vorwürfen und sehen die Ursachen im Familiensystem bzw. bei der Erziehung der Eltern. Barkley findet dafür treffende Worte: „Bedauerlicherweise müssen sich die Eltern im Laufe der Zeit auch so manche Klage von Seiten der Lehrer anhören, die oft die einzige Ursache für die schulischen Schwierigkeiten des Kindes im häuslichen Umfeld bzw. in Erziehungsfehlern der Eltern sehen“ (Barkley 2011, 151).

Eltern sehnen sich nach Unterstützung im Umgang mit ihrem an AD(H)S leidenden Kind, nachdem sie oftmals eine lange Reihe von Versuchen hinter sich haben, Hilfe im Umgang mit den negativen Auswirkungen dieser immer noch teilweise ungeklärten Verhaltens- und Wahrnehmungsstörung zu erhalten. Aber anstatt Entlastung zu erhalten, bekommen sie Druck von Schule oder Kindergarten, weil sich ihr Kind nicht so verhält wie gewünscht. Darunter leiden zwangsläufig alle Familienmitglieder.

Im Vordergrund der Erwartungen steht der Wunsch der Familien nach praktischen Hilfen, wie beispielsweise bei der Bewältigung von häuslichen, innerfamiliären Alltags- und Schulproblemen. In

der Regel ist das ganze Familiensystem betroffen, wenn es nicht den Eltern nicht gelingt, das Kind gut zu integrieren und einen konstruktiven Umgang mit ihrer Störung zu entwickeln. Leidensdruck und Erwartungshaltung sind dementsprechend groß und gesundheitsgefährdend.

Ich möchte im Punkt 5 anhand eines ganz individuellen Beispiels aus Leipzig aufzeigen, ob Eltern überhaupt Unterstützung erhalten und wenn ja, ob sie davon im Sinne einer Entlastung profitieren können.

#### **4 Methodenkapitel: Experteninterviews, Sozialanamnese und Genogramm**

Mein Thema der Bachelorarbeit heißt: Hilfeangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S. Das Thema ergänze ich im zweiten Teil mit dem Zusatz, einen Überblick der Hilfeangebote für Eltern im Raum Leipzig aufzuzeigen. Zur Veranschaulichung und individuellen Verdeutlichung, wählte ich zusätzlich noch ein Fallbeispiel aus Leipzig aus.

Es ist mein Ziel, in meinen Ausführungen den Weg der Therapie, welchen das Kind und die Eltern gemeinsam gegangen sind, zu erfassen. Ich möchte weiterhin ergründen, ob bzw. in welcher Form die Eltern Hilfe für den Umgang mit dem Störungsbild Hilfe erhalten haben. Diese notwendigen Informationen kann ich nur durch die Eltern erhalten. Daher wählte ich als wissenschaftliche Methode zur Informationsgewinnung das Experteninterview.

Eine wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung bedingt im Gegensatz zur Alltagserfahrung, einem systemischen Vorgehen (vgl. Mayer, 2013, 28 zit. n. Meinefeld 2000, 270f; Lamnek 1995b, 75).

Bei der Erarbeitung des Experteninterviews orientierte ich mich am Buch von Horst Otto Mayer: „Interview und schriftliche Befragung“.

Das vollständige transkribierte Interview befindet sich in der Anlage II.

##### **4.1 Erarbeitung des Experteninterview, Einordnung, Durchführung und Auswertung**

###### ***Erarbeitung des Experteninterview***

Für meine Erhebungen im Rahmen der Bachelorarbeit wählte ich die Methode des Leitfadeninterviews als Experteninterview aus.

Durch meinen erarbeiteten Leitfaden des Interviews versuche ich das „fremde“ Problem und Hilfeangebot der Familie zu erfassen und am konkreten Beispiel notwendige Informationen zum Thema zu erfragen.

Ich verstehe meinen Informationsgewinn als ein Prozess der Kommunikation. Diese unterscheidet sich zu Alltagsgesprächen darin, dass ich die Fragen unter dem Gesichtspunkt der Fachkompetenz formuliere. Ich möchte das im Studium erworbene Fachwissen mit entsprechende Gesprächstechniken und offenen Fragen unterstreichen. Auf diese kann meine Gesprächspartnerin frei antworten. Der Leitfaden soll für mich als Orientierung dienen. Dabei muss sich das Interview nicht strikt an die Reihenfolge des Leitfadens halten. Ich kann dementsprechend selber entscheiden, ob und wann ich detailliert nachfrage, ob ich ausholende Ausführungen unterstütze bzw. bei Abschweifungen zum Interview zurückkehre (vgl. Meyer 2013, 37, zit. n. Flick 1999, 112 ff. und Friedbertshäuser 1997, 376f.).

„Eine besondere Form des Leitfadeninterviews ist das Experteninterview. Der Befragte ist hier weniger als Person, sondern in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsfelder interessant. Das Experteninterview bezieht sich auf einen klar definierten Wirklichkeitsausschnitt. Der Befragte wird nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen. Dem Leitfaden kommt deshalb in Hinblick auf den Ausschluss unergiebigere Themen eine noch stärkere Steuerungsfunktion zu. Zentrale Aufgabe ist es, den Befragten auf das interessierende Expertentum zu begrenzen bzw. festzulegen“ (Meyer 2013, 38 zit. n. Flick 1999, 109 f. und Meuser und Nagel 1991).

Für mich stellt meine Interviewpartnerin, das ist konkret die Mutter des „ADS- Kindes“, eine Expertin dar. Für mein Interview wählte ich daher die besondere Form des Experteninterviews.

Durch mein umfangreiches Literaturstudium und der Auseinandersetzung mit dem Thema AD(H)S im Rahmen meiner Tätigkeit, kann ich mich durchaus als mit dem Thema vertraut bezeichnen. Bei einem Experteninterview ist es nämlich wichtig, dass dem Befragten deutlich wird, dass man hinter dem Thema steht und welches Ziel man damit verfolgt. Ich erklärte meiner Befragten ausführlich, warum ich das Interview durchführen möchte (vgl. Mayer 2013, 38).

### ***Einordnung des Interviews mit der Mutter von Moritz***

Der Kontakt zu meiner Interviewpartnerin war über die Grundschule meines Sohnes zustande gekommen, in welcher ich mit ihr Vorfeld zum Thema AD(H)S mehrmals ins Gespräch gekommen war. In ihren Schilderungen fiel auf, wie unglücklich sie über die fehlende Unterstützung der Schule und den unqualifizierten Umgang der Lehrer mit dem Problem ihres Sohnes war.

### ***Erarbeitung des Leitfadens***

Als Grundlage des Experteninterviews gilt es, einen Leitfaden bzw. ein dazu sensibilisierendes Konzept zu entwickeln. Es geht dabei um das Erfassen wesentlicher Punkte, Aspekte und Zusammenhänge des zu behandelnden Realitätsausschnitts. Diese wiederum richten sich nach der Problemstellung der Untersuchung.

Ich ging in der Erstellung meines Interviewleitfadens in mehreren Schritten vor.

Ich formulierte erste Überlegungen zum Aufbau meines Leitfadeninterview, die ich immer wieder ergänze, überprüfte und veränderte. Im Prozess der Formulierung der Themenkomplexe für den Leitfaden ist es wichtig sich immer wieder bewusst zu machen, die eigentliche Problemstellung zu berücksichtigen. Nach mehreren vollzogenen Teilschritten gelang es mir schließlich, den Leitfaden festzulegen und relevante Fragen zu formulieren. Im Vorfeld ging ich das Interview mit einer am Thema interessierten Kollegin durch und veränderte dabei auch nicht so gut verständliche Fragestellungen im Rahmen der Themenkomplexe (vgl. Mayer 2013, 43ff.).

Zeitgleich informierte ich die vorgesehene Mutter über das geplante Interview und erhielt ihre Zustimmung. Bei der Formulierung der Fragen war ich bemüht, die Berichte der Mutter hinsichtlich positiver oder negativer Erlebnisse zu hinterfragen.

### ***Durchführung der Interviews***

Ich entschied mich im Vorfeld, dass es wichtig ist, das Interview aufzuzeichnen, damit ich den Leitfaden flexibel handhaben kann.

Das Interview fand in einer Sitzung statt. Bei der Wahl des Ortes für das Interview entschied ich mich, die Interviewpartnerin entscheiden zu lassen, wo sie es stattfinden lassen will. Sie hatte den Wunsch, es an einem neutralen Ort durchzuführen. Es fand daher in Räumlichkeiten eines ruhigen Cafés statt. Ich bemerkte gleich zu Anfang, dass sich die Befragte hier sicher fühlte. Zu Anfang des Interviews erklärte ich ihr, dass Namen verfremdet werden und befragte sie nach dem Einverständnis, das Interview mit dem Diktiergerät aufnehmen zu dürfen (vgl. Mayer 2013, 46f.).

Wie bereits erwähnt, war ich mit meiner Interviewpartnerin in der Schule unserer Kinder mehrmals ins Gespräch gekommen. Wir waren uns von Anfang an vertraut und so war es ihr möglich, sich mir zu öffnen. Das Interview konnte dadurch auch in einer guten und lockeren Atmosphäre bewältigt werden.

### ***Auswertung der Interviews***

Bei der Auswertung der Tonbandaufnahmen wählte ich eine Auswertungsmethode, in der Pausen, Stimmlagen und sonstige parasprachliche Dinge nicht Gegenstand der Interpretation sind (vgl. Mayer 2013, 47).

Bei dieser Transkriptionstechnik kann man auf entsprechend Vermerke, zum Beispiel zu Emotionen oder der Körpersprache verzichten. Es muss lediglich den Inhalt des Gesprächs enthalten (vgl. Mayer 2013, zit. n. Mayring 1999, 68ff.).

Im Rahmen meiner Auswertung ordnete ich die Antworten den Fragen bzw. Themenkomplexen des Leitfadens zu. Um die Zuverlässigkeit der Aussagen in der Auswertung der Interviews zu gewährleisten, sind die wörtlichen Niederschriften mit Zeilennummern versehen.

## **4.2 Erhebung der Sozialanamnese und Erarbeitung eines Genogramm**

Im medizinischen Fachbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie liest man zu dem Begriff Sozialanamnese folgendes: „Die Sozialanamnese beleuchtet die allgemeinen Lebensverhältnisse, Lebensweisen und die persönlichen Netzwerke eines Patienten. Sie beachtet die Prozesse in der Vergangenheit, die zur heutigen Situation des Patienten geführt haben und schätzt die aktuelle Situation für die Zukunft ein“ (Berth 2008, 433).

Der ASD- Mitarbeiter lehnt sich dieser Sicht an. Er erstellt zur qualifizierten Situationserfassung bzw. Situationsanalyse die psychosoziale und sozio- ökonomische Lebenssituation seiner zu betreuenden Familien, um darauf aufbauend, geeignete Hilfesysteme aufzubauen (vgl. Gissel- Palkovich 2011, 169).

Diese standardisierte Methode meines Arbeitsfeldes möchte ich auch auf mein Fallbeispiel übertragen. Es ist wichtig, mein Thema ergänzend von allen Seiten zu beleuchten bzw. die Problematik im großen Zusammenhang zu sehen. Daher ist es mein Anliegen, die Familiensituation zu betrach-

ten, um zu erfassen, wo es im Familiensystem Hintergründe zur Störung, Ressourcen oder familiäre Hilfpotentiale, gibt.

Ich gehe von der Annahme aus, dass das Kind, heißt mein Fallbeispiel, nicht alleiniger Symptomträger ist.

Des Weiterem gilt es zu ergründen, ob in der Familie Ursachen zum Störungsbild AD(H)S sichtbar werden. Da AD(H)S ein sehr vielschichtiges Problem darstellt, ist es notwendig, umfangreiche Familiendaten zu erheben, um ein möglichst vollständiges Bild zur Situation zu erhalten.

Zur besseren Veranschaulichung erstelle ich das Genogramm der Familie, als Möglichkeit, das Familiensystem graphisch und mit Symbolen darzustellen (siehe Anlage III).

## **5 Fallbeispiel Moritz aus Leipzig**

In meinem Fallbeispiel handelt es sich um einen zehnjährigen Leipziger Jungen namens Moritz\*, der an der hyperkinetischen Störung ADS leidet. Er zeigt zusätzlich komorbide Begleitscheinungen in Form einer diagnostizierten Lese- Rechtschreib- Schwäche (LRS) sowie einer Dyskalkulie (vgl. Anhang II, 1).

Moritz besucht die 4. Klasse der Grundschule Leipzig- Mölkau (vgl. Anhang II, 1).

### **5.1 Familienanamnese und Genogramm**

Die Familie von Moritz lebt im Stadtteil Leipzig- Mölkau. Zur Familie gehören neben dem Familienvater und dem Kind Moritz, auch noch die Schwester Jette\*, die zwei Jahre jünger ist als Moritz. Im gleichen Haus wohnen die Großeltern (väterlicherseits). Zum Grundstück gehören ein großer Garten und eine Werkstatt.

Jette ist ein altersgemäß normal entwickeltes Mädchen, die an keiner chronischen Erkrankung, Behinderung oder hyperkinetischen Störung leidet.

Die Mutter von Moritz beschreibt ihre Familie als ganz normale Familie ohne nennenswerte Besonderheiten. Nach ihrer Einschätzung verläuft der Familienalltag normal und harmonisch.

Die Eltern von Moritz sind miteinander verheiratet. Die Mutter hat dieses Jahr das Alter von 40 Jahren erreicht und der Vater ist 42 Jahre alt. Beide Elternteile sind berufstätig. Der Vater von Moritz ist im Bereich der Klimatechnik in Selbstständigkeit tätig. Die Mutter arbeitete viele Jahre auf der Basis von Gelegenheitsjobs als Vermessungstechnikerin. Seit ca. einem halben Jahr hat die Kindsmutter einen festen Arbeitsvertrag, der mit einer hohen Belastung für das Familiensystem einhergeht, da sie über mehrere Tage im Rahmen ihrer Dienstreisen dem zu Hause fern bleibt (vgl. Anhang V, 1f.). Dadurch sind die Familienstrukturen bzw. Familienabläufe Schwankungen unterworfen. Wenn die Mutter nicht da ist, springen der Vater der Kinder oder die Großeltern ein. Der Vater hält sich sonst im Hintergrund (vgl. Anhang II, 9).

In der Familie gibt es keine chronischen Erkrankungen, außer Erkrankungen an Diabetes der Großeltern mütterlicherseits. AD(H)S spielt in der Familie keine Rolle. Auch traumatische Erlebnisse oder längere Trennungen kann die Interviewpartnerin nicht benennen (vgl. Anhang II, 2).

\*die Namen wurden verfremdet



Nach Schilderung der Kindsmutter hält das Eltern- Großeltern- Familiensystem fest zusammen und unterstützt sich gegenseitig. Die Eltern von Moritz nehmen die Hilfe der Großeltern gern und regelmäßig an. Jedoch scheint es unterschiedliche Auffassungen zur Erziehung der Kinder zu geben. Moritz Mutter berichtete mir im Interview, dass sich die Großeltern in der Vergangenheit bezüglich Erziehungsfragen eingemischt haben. Deshalb erzählen sie ihnen nicht mehr alles. So auch nicht die Tatsache, dass Moritz ein ADS- Medikamente einnimmt. Grundlegend wissen sie aber über das Störungsbild von Moritz Bescheid (vgl. Anlage II, 3.).

Moritz Mutter benannte weitere familiäre Kontakte zu ihren Vater und Bruder, die in Weißwasser leben. Diese Beziehungen gestalten sich aber eher aus der Ferne, vor allem, seitdem ihre Mutter im Jahre 2011 verstorben ist. Der Kindsvater hat keine Geschwister. Er ist ein Einzelkind (vgl. Anhang II, 2).

Der Geschwisterkontakt zwischen Moritz und Jette kann als normalen Geschwisterkontakt bezeichnet werden. Es gibt lediglich kleinere Reibereien. Jette ist in der Geschwisterkonstellation der stärkere Part. Sie setzt sich mit Selbstverständlichkeit durch. Das Mädchen hat ein gut ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Moritz dagegen nimmt in der Geschwisterbeziehung eher den ruhigen Nachgebortyp ein. Er ist sensibel und bemerkt, wenn seine Schwester Kummer hat. Seitdem er das AD(H)S- Medikament Medikinet nimmt, wehrt er sich erfolgreicher und sucht mit ihr häufiger die Diskussion (vgl. Anhang II, 2).

Moritz ist ein sportliches Kind. Er bewegt sich viel im Freien. Er geht seit einen halben Jahr regelmäßig zur Leichtathletik und verzeichnet dort große Erfolge. Er ist der beste Sprinter der gesamten Mölkauer Grundschule. Außerdem ist er unwahrscheinlich kreativ. Er baut und töpft oft gemeinsam mit seinem Opa. Er hat konkrete Vorstellungen, was er später einmal beruflich machen möchte. Moritz erstellt dafür gerne Pläne. Er ist außerdem in der Lage, Legos mit tausenden Teilen ganz allein zusammenlegen (vgl. Anhang II, 9.).

Auch die Mutter sucht zum Ausgleich die sportliche Betätigung. Seitdem sie jedoch beruflich so stark eingespannt ist, kommt der Sport zu kurz. Sie genießt es aber, wieder ein festes Arbeitsverhältnis zu haben. Das ist ihr persönlicher Ausgleich zum angestregten Erziehungsalltag zu Hause. Da sie bei Moritz das Bedürfnis nach festen Strukturen sieht, macht sie sich Vorwürfe, dass sie nicht so stabil der Familie zur Verfügung stehen kann, wie Moritz dies benötigt (vgl. Anhang II, 9).

Zum Vater der Kinder kamen im Rahmen meiner Befragung nur wenige Angaben. Ich hatte den Eindruck, dass er zwar für seine Familie da ist und sich organisatorisch im Alltag einbringt. Er übernimmt aber lediglich erzieherische Aufgaben, wenn die Mutter emotional am Boden liegt oder arbeitsbedingt nicht zu Hause ist. Der Kindsvater hat eine vernünftige Einstellung zu Moritz Störungsbild und seinen zusätzlichen Teilleistungsstörungen. Er vermittelt der Kindsmutter, dass die Familie den Jungen so nehmen muss wie er ist. Das hilft ihr sich aufzubauen, wenn sie sich, aufgrund von fehlendem Verständnis oder unsachlicher Aussagen der Schule emotional ausgebrannt fühlt (vgl. Anhang II, 8).

Das Genogramm der Familie befindet sich in Anlage III und die dazugehörige Legende in Anlage IV.

## 5.2 Beschreibung des Entwicklungs-und Hilfeverlaufs von Moritz

Nach Aussagen der Kindsmutter verliefen die Schwangerschaft und die Geburt von Moritz normal. Schon kurz nach der Entbindung, als Mutter und Kind aus der Klinik kamen, fiel das Kind durch seinen ungewöhnlichen Wach- und Schlafrythmus auf. Moritz schlief und wachte im Rhythmus von zwei Stunden. Bis vor ungefähr einem halben Jahr schlief er außerdem sehr verkrampft. Erst mit dem Einsetzen von Erfolgen, was mit der Stimulanzien- Therapie zusammenfiel, gelang es ihm, sich entspannter zu erholen (vgl. Anhang II, Seite 3).

Moritz besuchte gern den Kindergarten. Er war in der Kindergartenzeit vom Verhalten her wenig negativ auffällig. Er verhielt sich nie aggressiv.

Es fiel aber stark auf, dass er es liebte, Rollenspiele zu veranstalten. Er mochte es außerdem, wie fast alle Jungen dieses Alters, mit Bausteinen und Autos zu spielen. Dagegen konnte er nicht puzzeln oder an Würfelspielen teilnehmen. Das mied er konsequent. Nur für Beschäftigungen und Angebote, die ihn interessierten, war er bereit sich anzustrengen. Er zeigte dann viel Ausdauer. Alles andere, was mit Anstrengung und Konzentration verbunden war, versuchte er zu umgehen.

Bei Moritz war von frühester Kindheit an extrem auffällig, dass er kein melodisch- rhythmisches Gefühl hat. Er kann bis heute nicht reimen und um ein Gedicht zu lernen, benötigt er mindestens die doppelte Zeit wie andere Kinder (vgl. Anhang II, Seite 4.).

Moritz hatte im Kindergarten einen besten Freund, mit dem er heute noch die gleiche Klasse besucht und eng befreundet ist (vgl. Anhang II, Seite 5).

Das Laufen lernte Moritz recht schnell. Er konnte es mit ca. einem Jahr. Er war frühzeitig in der Lage, mit Hammer und Nagel umzugehen. Die Werkstatt des Großvaters interessierte ihn sehr und so gelangen ihm schwierige handwerkliche Tätigkeiten. Auch das Malen machte ihm Freude. Mit vier Jahren malte er seinen ersten kompletten Menschen. In der Schule fiel er später jedoch durch seine harte Schrift auf. Moritz kann bis heute keine geschwungenen Buchstaben schreiben (vgl. Anhang II, Seite 4).

Moritz verwechselte mit vier Jahren noch Buchstaben, was ja altersgemäß noch im Normbereich liegt. Er hatte aber schon beizeiten einen auffallend guten Wortschatz und drückte sich für sein Alter sehr geschickt aus. Alle Entwicklungsschritte die Moritz vollzog, passierten bei ihm plötzlich (vgl. Anhang II, Seite 4).

Noch zur Kindergartenzeit bekamen die Eltern von der Erzieherin der Einrichtung den Tipp, Moritz in der Ergotherapie anzumelden, weil er sich nicht gut konzentrieren konnte. Auch die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, welche die Vorschuluntersuchung durchführten, signalisierten den Eltern, das Kind dringend beim Schulpsychologen anzumelden. Dieser schlug nachfolgend vor, Moritz in eine Förderschule zu schicken. Da dies die Eltern nicht wollten, wechselte Moritz im September 2010 als Integrationskind in seine Regelschule (vgl. Anhang II, 4).

Moritz absolvierte parallel dazu seine Ergotherapie. Die Ergotherapeutin stellte schon damals fest, dass Moritz kein Mengenverständnis hat, was ihrer Meinung nach auf eine Dyskalkulie hindeutete. Die Eltern sprachen darüber mit der Schule und beantragten eine Überprüfung. Es passierte jedoch nichts. Die Lehrerin von Moritz war eine ältere Kollegin, die für dieses Thema nicht sensibilisiert war. Sie ging davon aus, dass eine Überprüfung bezüglich Teilleistungsstörungen standard-

mäßig erst Ende des 1. Schuljahres stattfinden kann. Die Überprüfung fand dann auch „standardmäßig“ erst zu dieser Zeit statt. Im Sankt Georg/ Sozialpädiatrischen Zentrum Leipzig, Delitzscher Straße, wurde seine hyperkinetische Störung und in der 74. Grundschule die Lese- Rechtschreibschwäche von Moritz diagnostiziert (vgl. Anhang II, 4).

Die Eltern suchten dann für Moritz eine Behandlungsmöglichkeit zur Dyskalkulie- Förderung. Diese fand ein Mal wöchentlich in der Pädiatrischen Therapeutischen Einrichtung Leipzig (PTE) statt (vgl. Anhang II, 4).

Anfang der 2. Klasse gab es für Moritz in der Schule einen Nachteilsausgleich. Es lief aber einiges nicht so, wie es Moritz zugestanden hätte. Die Eltern kämpften um eine Leseförderung und eine Matheförderung, die von der Schule grundsätzlich nicht gewährt wurde. Auch an diesem Punkt legte die Schule den Eltern nahe, Moritz auf die Förderschule zu schicken oder das Schuljahr wiederholen zu lassen. Die Klassenlehrerin war nicht in der Lage, sich in die Problemlage des Kindes hineinzusetzen (vgl. Anhang II, 5). Zwar erkannte die Schule, dass mit Moritz andere Wege gegangen werden müssen. Sie vergaßen aber die Eltern aufzuklären, dass sie für Moritz einen Nachteilsausgleich stellen können, damit er eine gesonderte Zensurierung und zusätzliche Zeit für Klassenarbeiten zur Verfügung bekommt (vgl. Anhang II, 8). Diese Möglichkeiten beantragten die Eltern erst, nachdem sie durch einen Zufall davon erfuhren. Erst dann ging der gezielte Förderunterricht für den Jungen los. Auch der Wechsel in eine LRS- Schule wurde Ende des 3. Schuljahres durch die Schule von Moritz versäumt (vgl. Anhang II, 6).

Moritz nimmt seit Ende des dritten Schuljahres zur Unterstützung der Konzentration das Medikament Medikinet. Seitdem ist der Junge hochmotiviert und kann sich über die Unterrichtsstunden gut konzentrieren (vgl. Anhang II, 7).

Die Eltern von Moritz und das Kind mussten erfahren, dass die Schule mit dem Thema AD(H)S nicht umgehen kann. Es gibt immer wieder Lehrer, die sich mit der Störung nicht auskennen und ihren Unterricht nicht nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sondern nach Gefühl durchführen.

### **5.3 Wo erhielten die Eltern von Moritz Hilfe?**

Die Eltern von Moritz, speziell die Mutter, haben sich den größten Teil der Hilfen selber organisiert. Der Kindsvater hat sich im Hintergrund gehalten und lediglich seiner Frau moralische Stütze vermittelt.

Die Kindsmutter berichtete, dass sie von der Schule von Moritz viele Male vertröstet wurden, bevor etwas geschah. Deshalb hat der Junge sehr viel Zeit verloren. Der Wechsel in die LRS- Schule wurde von der Schule nicht beantragt. Bei andauernden Misserfolgen des Kindes, übte die Einrichtung Druck auf Eltern und Kind aus. Die Schule schlug in ihrer Ratlosigkeit vor, Moritz auf die Förderschule zu geben oder das Schuljahr wiederholen zu lassen. Die Eltern mussten Maßnahmen, wie gesonderte Benotung und die Bereitstellung von mehr Zeit für Klassenarbeiten für Moritz erst energisch einfordern. Die Schule konnte die Eltern in keiner Weise beraten. Den Eltern war nicht bekannt, dass die Kosten für die Dyskalkulie- und LRS- Therapie vom ASD im Rahmen einer erzieherischen Hilfe gemäß §35a SGB VIII übernommen werden kann. Das hat den Eltern weder die Schule noch PTE Leipzig mitgeteilt.

Echte Unterstützung und Hilfe erfuhr die Mutter in der Zusammenarbeit mit der Ergotherapie Hundt. Sie bekam dort wertvolle Anregungen für den Alltag und wie sie mit Moritz umgehen muss, zum Beispiel, wie sie die Hausaufgaben gestalten kann (vgl. Anhang II, 8).

Auch die Pädiatrisch Therapeutische Einrichtung Leipzig hat den Eltern viel Wissen vermittelt und dadurch Sicherheit gegeben. Die Mitarbeiter waren bemüht, sehr intensiv auf die Eltern zuzugehen. Die Mutter von Moritz nahm an thematischen Workshops teil. Es gab außerdem Angebote, an Elternrunden teilnehmen zu können. Das schlugen die Eltern aus zeitlichen Gründen jedoch aus (vgl. Anhang II, 8f.).

#### **5.4 Auswertung des Interviews**

Das Interview verlief in einer ruhigen und vertrauensvollen Atmosphäre. Ich hatte mir im Vorfeld die Themenkomplexe gründlich erarbeitet, so dass ich mit Ruhe und Gelassenheit an die Aufgabe herantrat.

Die Mutter von Moritz stellte sich gut auf meine Frage ein. Ich hatte das Gefühl, dass sie mir vertraute. Sie beantwortete meine Fragen sehr offen und ehrlich. Ich hatte auch den Eindruck, dass es ihr gut tat, über ihren gesamten Kummer und den schweren Weg, den die Familie gegangen ist, zu reden.

Im Rahmen meines Interviews habe ich viele Informationen erhalten, die für das Thema nicht relevant waren. Einerseits wollte ich das Fallbeispiel allumfassend betrachten, weil das Kind als Symptomträger nicht losgelöst vom Familiensystem betrachtet werden kann. Andererseits fiel es mir während des Interviews schwer einzuschätzen, wann der Inhalt des Gespräches oder etwaige Randbemerkungen zu weit abdrifteten und ich es besser begrenzen sollte. Das ist mir nur teilweise gelungen. Ich habe das Interview zwar mit einem höheren Zeitaufwand als beabsichtigt, geführt. Die Informationen, die ich gebraucht habe, konnte ich aber erhalten.

### **6 Überblick der Hilfeangebote für Eltern von Kindern mit AD(H)S im Raum Leipzig**

Im folgenden Punkt möchte ich einen Überblick für betroffenen Eltern und deren Kinder geben, Hilfeangebote für sich und den Umgang mit dem Störungsbild AD(H)S in Leipzig zu finden. Eltern von betroffenen Kindern haben in der Regel zum Thema einen hohen Informationsbedarf.

Es gibt in allen Medien viele Publikationen über das Störungsbild. Trotzdem ist es für betroffene Angehörige schwer, sich beispielsweise über ein Buch oder Ratgeber Wissen zum Thema AD(H)S anzueignen. Besser ist der Austausch mit einem Spezialisten für hyperkinetische Störungen, der ihnen die Thematik so näher bringt, dass die Wissensvermittlung ihnen im Alltag als stabile Stütze dienen kann. Daher ist eine fundierte Begleitung und Beratung eines professionellen AD(H)S-Spezialisten, der zuhört, beruhigend einwirkt, wenn die Stimmung in der Familie den Tiefpunkt erreicht und praktische individuelle Tipps gibt, sehr wichtig und bedeutsam.

Beratungs- und Hilfeangebote für Eltern und Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit hyperkinetischen Störungen können meiner Meinung nach nicht losgelöst voneinander betrachtet werden.

Wie im Punkt 2.2 beschrieben, sind sie, wenn alles günstig läuft, als multimodale Therapiemöglichkeit zu verstehen.

Meine folgenden Ausarbeitungen sollen den Zugang dazu erleichtern. In meiner Tätigkeit beim ASD Leipzig- NO habe ich den Anspruch, speziell für die Eltern und Kinder- und Jugendlichen meines Sozialbezirkes Adressen und Ansprechpartner zu benennen. Ich erhebe dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ich sehe den Überblick der Hilfeangebote als ein hilfreiches Papier, im Rahmen meiner sozialpädagogischen Tätigkeit.

Zum Sozialbezirk- NO gehören die Stadtgebiete Paunsdorf, Sellerhausen, Engelsdorf, Schönefeld, Abnauendorf, Thekla, Portitz und Plaußig (siehe Anhang V).

Insgesamt leben in diesen Stadtbezirk 42.740 Einwohner auf einer Gebietsgröße von 26,29 km<sup>2</sup>. Das Durchschnittsalter des Sozialbezirks beträgt 48,1 Jahre.

Im Stadtteil Leipzig- NO gibt es 15 Kindertagesstätten und 10 Schulen. Die psychologisch- therapeutischen Beratungs- und Behandlungsstrukturen im Nordosten von Leipzig sind eher dünn gesät. Da sie im gesamten Stadtgebiet nicht gleichmäßig aufgeteilt sind, es bei Psychologen und Psychotherapeuten zu langen Wartezeiten kommt und oftmals ein Anspruch der Eltern auf individuelle Passung zwischen Therapeut, Kind und Eltern besteht, ist es nur sinnvoll, die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für den gesamten Raum Leipzig aufzuzeigen. Diese sind unter anderen stadtbezirksnahe Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. Beratungsstellen, Kliniken und niedergelassene Ärzte, mit denen der ASD-NO eng kooperiert und gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit zu verzeichnen hat.

#### **6.1 Netzwerk ADS/ ADHS Leipzig e.V.**

Ziel des Netzwerkes ist die optimale Versorgung und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S zu finden. Durch die Vernetzung der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten beruflicher Fachgruppen, soll der bestehende fachübergreifende Dialog ausgebaut werden.

Im Netzwerk kann man sich nach geeigneten Spezialisten wie Therapeuten, Psychologen und spezialisierenden Kinderärzten erkundigen. Es werden Selbsthilfegruppen in Leipzig benannt und der Hilfesuchende kann Literaturempfehlungen für das Störungsbild AD(H)S finden (vgl. [www.netzwerk-ads-leipzig.de](http://www.netzwerk-ads-leipzig.de)).

Kontakt Daten: Netzwerk ADS/ADHS Leipzig e.V.; Pestalozzistraße 10; 04178 Leipzig; [www.netzwerk-ads-leipzig.de](http://www.netzwerk-ads-leipzig.de)

#### **6.2 Allgemeiner Sozialdienst Leipzig- Nordost (ASD- NO)**

Wie schon eingangs erwähnt, kommen Eltern auch in den Allgemeinen Sozialdienst, um über ihre Sorgen bezüglich ihres Kindes mit einer hyperkinetischen Störung zu sprechen und erste Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise zu erhalten. Sie sind oftmals derart von negativen Erfahrungen mit ihrem „AD(H)S- Kind“ belastet bzw. an ihre erzieherischen Grenzen gestoßen, dass sie um Hilfe zur Erziehung bitten.

Die Stadt Leipzig ist auf ASD- Ebene in neun Sozialbezirke eingeteilt ist. Meine Arbeitsstelle befindet sich im Sozialbezirk Leipzig- NO (siehe Anlage V). Der ASD- Leipzig bietet für Familien grund-

sätzlich Beratungs- und Unterstützungsleistung gemäß §28 SGB VIII an. Die Eltern werden jedoch bei schwerwiegenden Problemen an spezialisierte Beratungsdienste oder wohnortnahen Hilfeangebote vermittelt. Nach §29 SGB VIII ergibt sich für Kinder mit hyperkinetischen Störungen weiterhin das Recht auf eine Teilnahme an einer sozialen Gruppenarbeit, um bei der Überwindung von ihren Verhaltensschwierigkeiten Unterstützung zu erfahren. Es besteht außerdem die Möglichkeit, den Eltern und Kind eine ambulante Hilfe zur Erziehung, in Form von Erziehungsbeistand gemäß §30 SGB VIII oder Sozialpädagogischer Familienhilfe gemäß §31 SGB VIII, zu gewähren. Die ausgewählten Familienhelfer unterstützen dann die betroffenen Familien, um eine geeignete Therapie für das Kind und Elternkurse für die Personensorgeberechtigten zu finden und im Tagesablauf geeignete erzieherische Interventionen und Strukturen zu entwickeln. Schließlich werden auch gemäß den §§32 bis 35 SGB VIII teilstationäre und stationäre Hilfen zur Erziehung angeboten (vgl. Stascheit, SGB VIII, 1187ff.). Im Rahmen der Bedarfsprüfung werden zur Formulierung der Hilfeplanziele die Eltern, das Kind und die Einrichtungen der Kinder, die Psychologen oder Psychotherapeuten einbezogen und befragt, um Wege aus der Krise sinnvoll zu erfassen und eine passende Hilfe gewähren zu können. Dabei handelt der ASD nach dem Prinzip, Hilfe so einzusetzen, dass so wenig wie nötig ins Familiengefüge eingegriffen wird. Es muss oberstes Ziel sein, das Kind und die Familie zu entlasten und den entstandenen Leidensdruck abzubauen (vgl. [www.leipzig.de](http://www.leipzig.de)).

Kontakt Daten: Rathaus Schönefeld, Ossietzkystraße 37, 04316 Leipzig; Tel. 0341- 1231886; [www.asd-sozialbezirk-nordost@leipzig.de](mailto:www.asd-sozialbezirk-nordost@leipzig.de)

### **6.3 Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Stadt Leipzig**

#### ***Erziehungs- und Familienberatung Rietschelstraße***

Die Erziehungs- und Familienberatungsstelle Rietschelstraße des Amtes für Jugend, Familie und Bildung bietet Unterstützung und Beratung für Eltern, Kinder, Jugendliche und andere Bezugspersonen. Hier können sich Eltern bei Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsrückständen oder Leistungsschwächen ihrer Kinder beraten lassen. Die Beratungsstelle bietet eine kostenlose Beratung bei Lern- und Leistungsstörungen, bei der Suche nach neuen Lösungen und bei der Vermittlung zu weiterführenden Hilfen an. Neben der Beratung werden verschiedene Gruppenangebote für Eltern, Kinder und Jugendliche aber auch psychotherapeutische Angebote sowie eine psychologische Diagnostik und Begutachtung angeboten. Die Beratung erfolgt in der Regel nach telefonischer Anmeldung. In akuten Krisensituationen besteht die Möglichkeit einer sofortigen Konsultation (vgl. [www.leipzig.de/jugendamt](http://www.leipzig.de/jugendamt)).

Kontakt Daten: Rietschelstraße 2; 04177 Leipzig; Telefon: 0341- 4152980; [www.leipzig.de/jugendamt](http://www.leipzig.de/jugendamt)

#### ***Erziehungs- und Beratungsstelle Wegweiser e.V.***

Die Familien- und Erziehungsberatungsstelle des Wegweiser e.V. ist eine vom Jugendamt der Stadt und des Landkreises Leipzig anerkannte Beratungsstelle. Sie arbeiten aktiv mit dem Netzwerk ADS/ ADHS Leipzig e.V. zusammen. Die Beratungsstelle befindet sich im Sozialbezirk- NO und wird sehr oft von uns an betroffene Eltern weiterempfohlen.

Das Fach- Team der Beratungsstelle setzt sich aus Diplom- Psychologen und Diplom- Sozialpädagogen zusammen. Für Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche und andere an der Erziehung Beteiligte wird kostenlose Hilfe angeboten.

Die Beratungsstelle bietet Beratung bei Erziehungsfragen, Familienproblemen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen, Gewalterfahrungen in Familie, Schulproblemen, Lebenskrisen und zu Trennung/Scheidung an.

Das Angebot findet im Rahmen der Einzel-, Paar und Familienberatung statt. In der Beratung mit Kindern und Jugendlichen kommen verschiedene kreative Methoden wie Malen, Szenisches Gestalten und Basteln zum Einsatz. Die Beratungsstelle versteht sich als „Tankstelle“ für belastete Eltern. Sie Beratungsstelle bemüht sich um Kooperation zu den Schulen und sonstigen Beteiligten des Helfersystems.

Bei allgemeinen und spezifischen Schulschwierigkeiten wie Leistungsproblemen, Konzentrations-schwierigkeiten, AD(H)S, Mathe- oder Schreibproblemen kann eine zielgerichtete Diagnostik helfen, Ursachen festzustellen und individuelle Hilfen abzuleiten.

Ein wichtiges Feld der Beratungsstelle nimmt das soziale Kompetenztraining bzw. ein Training für Kinder mit AD(H)S ein.

Das Konzentrationstraining ist ein Gruppentraining und erstreckt sich über sechs bis acht Sitzungen.

Kontakt Daten: Wegweiser e.V.; Engelsdorf: Althener Str. 16; 04319 Leipzig; Telefon: 0341- 6586 857; [www.wegweiser-boehlen.de](http://www.wegweiser-boehlen.de)

### ***Erziehungs- und Beratungsstelle Schirmerstraße***

Mit dieser Beratungsstelle arbeitet der ASD- NO regelmäßig zusammen und kann diese als sehr flexibel und fruchtebringend benennen.

Problemschwerpunkte der Beratungsstelle liegen neben Themen wie Problemen bei Trennung und Scheidung, außergerichtlicher Einigung, lebenspraktischen und rechtlichen Fragen von Familien auch bei Schulleistungsfragen, Erziehungsfragen, Erziehungsproblemen, Überforderungssituation in der Familie sowie bei psychosomatischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wie AD(H)S.

Die Beratungsstelle bedient sich der Methodik eines systemisch- familien-therapeutischen Vorgehens und bietet die Beratung als Einzel-, Paar- und Familienberatung an. Sie kann im Rahmen einer Co- Beratung (Beraterpaar), in Form von Familienmediationen, als Gruppenarbeit und als Telefonberatung stattfinden. In Einzelfällen arbeitet die Beratungsstelle aufsuchend. Sie betreut außerdem bei Erziehungsproblemen Eltern und Erzieher in Vorschuleinrichtungen (vgl. [www.fam.-thera.de](http://www.fam.-thera.de)).

Kontakt Daten: Schirmerstraße 3; 04318 Leipzig; Telefon: 0341- 6885127; e-mail: [BS.Schirmerstrasse@t-online.de](mailto:BS.Schirmerstrasse@t-online.de)

## 6.4 Sozialpädiatrische Zentren in Leipzig (SPZ)

### ***Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig des Sankt Georg***

In der ganzen Bundesrepublik gibt es mittlerweile mehr als 120 Sozialpädiatrische Zentren. Diese sind unter kinderärztlicher Anleitung für die Prävention, Diagnostik, Behandlung und soziale Eingliederung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelischen Störungen zuständig, einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.

Das Sozialpädiatrische Zentrum Leipzig arbeitet auf Grundlage des §119 SGB V, auf der Basis einer institutionellen Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Seit 1992 wurde das SPZ Leipzig durch die Kassenärztliche Vereinigung ermächtigt. Voraussetzung für die Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum Leipzig ist ein Überweisungsschein durch den betreuenden Kinderarzt.

Vorgestellt werden Kinder und Jugendliche im Alter von null bis achtzehn Jahren mit sehr unterschiedlichen Krankheits- und Störungsbildern. Zu den Krankheitsbildern zählen neuropädiatrischen Krankheitsbilder, umschriebenen Entwicklungsstörungen und Störungen im sozialen und familiären Umfeld sowie die Behandlung von psychiatrischen Störungsbildern, wozu die hyperkinetischen Störungen zählen.

Ziel des SPZ Leipzig ist es, eine optimale Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Selbständigkeit der Kinder und Jugendlichen zu unterstützen, die familiären Ressourcen zu stärken sowie einen Weg für die Sicherung der sozialen Integration zu ebnen. Außerdem setzt das SPZ Leipzig auf eine intensive die Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsschwierigkeiten von der Geburt bis zum Schuleintritt. Dabei ist es dem Fachpersonal wichtig, so früh wie möglich mit der Förderung zu beginnen. Das SPZ koordiniert ärztliche, psychologische, therapeutische und sozialer und pädagogischer Tätigkeit. Die Frühförderung erfolgt auf der Grundlage eines interdisziplinär erarbeiteten Förderplanes. Dieser wird in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt des Kindes, den Kindertagesstätten und sonstigen Fachärzten, Fachkliniken und Therapeuten erstellt.

Die Eltern werden eng in die Behandlung, die meist eine Langzeitbehandlung ist, einbezogen.

Die Elternarbeit, deren Unterstützung durch fachliche, rechtliche und finanzielle Unterstützung und Beratung gekennzeichnet ist, wird im SPZ sehr groß geschrieben. Es werden zugeschnitten auf das besondere Kind, Beratungen und Kurse zu verschiedensten Themen angeboten. Es gibt es auch Vermittlungsangebote zu anderen betroffenen Eltern, Beratungs- und Fortbildungsangebote, auch für die Mitarbeiter der Kindertagesstätten des betroffenen Kindes und eine Eltern- Kind-Spielgruppe (vgl. [www.spz-leipzig.de](http://www.spz-leipzig.de)).

Kontakt Daten: Delitzscher Straße 141; Haus 51; 04129 Leipzig; Telefon: 0341-984690; [www.spz-leipzig.de](http://www.spz-leipzig.de)

### ***Sozialpädiatrisches Zentrum des Universitätsklinikums Leipzig***

Wie schon im Sozialpädiatrischen Zentrum des Sankt Georg beschrieben, arbeitet auch das SPZ des Universitätsklinikums Leipzig interdisziplinär mit anderen Polikliniken, Einrichtungen und Institutionen zusammen, wenn es um die Behandlung und Begleitung von Kinder und Jugendliche im



Alter von null bis achtzehn Jahren geht, die einen besonderem Versorgungsbedarf aufgrund von Entwicklungsstörungen oder einer Entwicklungsgefährdung haben. Die Ursachen können unter anderen Krankheitsbildern auch Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen und hyperkinetische Störungen sein.

Das SPZ unterstützt Familien mit einem betroffenen Kindern und Jugendlichen durch ein multiprofessionelles Team bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dazu werden umfangreiche diagnostische Abklärungen durchgeführt. Gemeinsam mit den Eltern wird ein individuell passendes Förderkonzept erstellt. Dabei wird das Behandlungsteam der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche eng eingebunden und arbeitet interdisziplinär mit anderen Einrichtungen und Institutionen zusammen (vgl. [www.kik.uniklinikum-leipzig.de](http://www.kik.uniklinikum-leipzig.de)).

Kontakt Daten: Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Leipzig; Liebigstr. 20a, Haus 6, 04103 Leipzig; Ansprechpartner Frau Böhme; Telefon: Frau Böhme 0341-9726005; [www.kik.uniklinikum-leipzig.de](http://www.kik.uniklinikum-leipzig.de)

## **6.5 Universitätsklinikum Leipzig**

In der Klinik werden kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder im Rahmen einer stationären Unterbringung bearbeitet. Dazu zählen auch hyperkinetische Syndrome und Teilleistungsstörungen.

Die Familienarbeit ist in das Therapiekonzept der stationären Behandlung fest integriert und spielt eine bedeutende Rolle. Sie stellt eine Begleitung sowie psychische Entlastung der Eltern, Geschwister sowie anderer besorgter Bezugspersonen dar.

Neben Familiengesprächen im Rahmen der individuellen Therapie bietet die Klinik die Möglichkeit, dass sich Eltern gut miteinander vernetzen bzw., dass Sie voneinander profitieren können. Dazu werden entsprechende Treffen organisiert, welche den Eltern die Möglichkeit gibt, miteinander ins Gespräch und in den Austausch zu kommen und über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung ihres Kindes zu sprechen. Außerdem führt die Klinik regelmäßige Informationsrunden zu medizinischen Grundlagen und Folgen der Erkrankung und zu psychologischen Erklärungsansätzen der verschiedenen Erkrankungen durch. Es besteht auch die Möglichkeit, gewünschte Themen der Eltern zusätzlich aufzunehmen. Die Informationsrunden finden in der Regel zwei Mal im Monat statt und werden von Mitarbeitern der Klinik geleitet.

Im Universitätsklinikum Leipzig gibt es neben einer Institutsambulanz zwei Stationen zur stationären Behandlung (Station 1 und 2) sowie eine Behandlungsmöglichkeit in der Tagesklinik.

Der ASD- NO kann das Universitätsklinikum sehr empfehlen.

Kontakt Daten: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters; Liebigstraße 20a; Haus 6; 04103 Leipzig, Institutsambulanz / Anmeldung bei Marion Grumbach; Telefon: 0341- 9724105; [www.kinderps.uniklinikum.de](http://www.kinderps.uniklinikum.de)

## **6.6 Parkkrankenhaus Leipzig**

Das Parkkrankenhaus (PKH) Leipzig bietet für seelisch und psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche sowie ihren Familien vielseitige Therapien an, unter anderen auch die Diagnostizie-

rung und Behandlung von AD(H)S an. Das PKH Leipzig ist unmittelbar für den Sozialbezirk Leipzig- NO zuständiger Ansprechpartner.

Im PKH arbeiten verschiedenste Berufsgruppen mit den Patienten in einem multiprofessionellen Team zusammen. Die verschiedenen therapeutischen Bausteine können so den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Dazu verfügt das Klinikum über zwei Kinderstationen und zwei Jugendstationen sowie eine Station für Kleinkinder und ihre Familien. Im Klinikum sind eine Tagesklinik sowie eine Institutsambulanz integriert. Durch die Kombination von stationären, teilstationären und ambulanten Möglichkeiten, ist eine individuelle und umfassende Diagnostik und Behandlung der Ursachen und Folgen von Störungen und Erkrankungen möglich. Die Mitarbeiter berücksichtigen im therapeutischen Prozess sowohl soziale und seelische Aspekte als auch hirnnorganische, intellektuelle und körperliche Voraussetzungen der betroffenen Kinder. Grundlage einer erfolgreichen Therapie ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Patienten, Familien und Kindern und Jugendlichen. Das psychodynamisch-multimodale Konzept basiert auf systemischen und lerntheoretischen Ansätzen und wird in gruppen-, einzel- und familientherapeutischen Sitzungen durchgeführt. Es besteht eine Vernetzung mit komplementären Einrichtungen (vgl. [www.rhoen-klinikum-ag.com](http://www.rhoen-klinikum-ag.com)).

Kontakt Daten: Psychiatrische Kliniken- Zentrum für Seelische Gesundheit; Frau Dr. med. Karin Ludwig; /Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Morawitzstraße 2-4; 04289 Leipzig; Telefon: 0341- 8640; E-Mail: [info@parkkrankenhaus-leipzig.de](mailto:info@parkkrankenhaus-leipzig.de)

## **6.7 Gesundheitsamt und Integrationsamt Leipzig**

### ***Gesundheitsamt Leipzig/ Sachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst***

Im Gesundheitsamt der Stadt Leipzig besteht die Möglichkeit, kinderpsychiatrische, psychologische und sozialpädagogische Beratung sowie diagnostische Klärung bei psychischen Störungen, Entwicklungsstörungen- und Verzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Leistungs- und Anpassungsstörungen in der Schule und emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu erhalten.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst erstellt auch kinderpsychiatrische und psychologische Gutachten und Stellungnahmen sowie amtsärztliche Gutachten. Der ASD Leipzig fordert beispielsweise vor der Vergabe von Hilfeleistungen nach §35a SGB amtsärztliche VIII Gutachten vom Gesundheitsamt ab.

Zur Vernetzung des Helfersystems mit der Familie führt diese Abteilung auch fallbezogene Beratung von Eltern/Familien, Erzieherinnen, Lehrerinnen und aller, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, durch.

Hilfreich sind auch Angebote fachspezifischer Art, die zur Information und Aufklärung spezieller Störungsbilder oder Erkrankungen dienen.

Kontakt Daten: Gesundheitsamt; Herr Thomas Seyde (Psychiatrie-koordinator); Friedrich- Ebert- Straße 19a; 04109 Leipzig; Telefon: 0341/1236806

Außenstelle Zentrum: Gustav-Mahler-Straße 3; 04109 Leipzig; Telefon: 0341 1236889; Außenstelle West: Miltitzer Allee 36; 04205 Leipzig; Telefon: 0341 123-6624

### ***Gesundheitsamt Leipzig/ Sachgebiet Kinder-und Jugendärztlicher Dienst Leipzig- NO***

Dieser Außenstelle des Gesundheitsamtes befindet sich im angrenzenden Sozialbezirk- Ost. In der Abteilung werden Untersuchungen wie Einschulungsuntersuchungen und Reihenuntersuchungen durchgeführt. Es werden ebenfalls amtsärztliche Gutachten erstellt, wenn es notwendig wird, dass Kinder oder Jugendliche die Schule wechseln müssen, wie zum Beispiel von der Regelschule in die Förderschule. Fällt Eltern vor dem Eintritt in die Schule auf, dass ihr Kind Auffälligkeiten im Rahmen einer hyperkinetischen Störung zeigt, vermittelt und koordiniert die Außenstelle die weitere Vorgehensweise und stellt den Kontakt zum Sachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, zur Schule, zum Schulpsychologen und zum Integrationsamt her. Die Eltern erhalten Hilfe und Beratung bei allen sozialen Fragen. Sie werden umfangreich begleitet und gezielt weiter vermittelt, sobald Eltern den Verdacht auf AD(H)S äußern.

Kontakt Daten: Außenstellen Nordost: Hermann-Liebmann-Str. 73; 04315 Leipzig; Telefon 0341 1236712 ; Außenstelle West/ Südwest: Miltitzer Allee 36; 04205 Leipzig; Telefon: 0341 1236612/ 0341 1236633, [www.leipzig.de](http://www.leipzig.de)

### ***Integrationsamt Leipzig***

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist eine Leistung der Sozialhilfe des Sachgebietes Behindertenhilfe. Die Abteilung Behindertenhilfe/ Eingliederungshilfe Leipzig ist Ansprechpartner für die Beratung aller Leistungen der Widereingliederung nach dem SGB XII, welche im Sinne einer sozialen Rehabilitation benötigt wird. Die Beratung beinhaltet eine Beratung für eine geeignete heilpädagogische Förderung eines Kindes mit AD(H)S, ohne welche die Teilnahme am sozialen Leben in der Gemeinschaft gestört oder gar nicht möglich wäre. Dies kann im Vorschulalter eine Frühförderung oder die Beantragung eines Integrationsplatzes sein.

Für Schulkinder besteht gemäß §54 Abs. 1 Ziff.1 ,2 SGB XII der Anspruch auf Eingliederungshilfe, um eine angemessene Schulbildung bewältigen zu können.

Die Leistung wird erbracht, um die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern und Menschen mit Behinderung die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ebnen. Menschen mit einer nicht nur vorübergehenden geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die Behinderung wesentlich eingeschränkt ist (vgl. §53 SGB XII).

Die Eingliederungshilfe in Leipzig wird nach individuellem Bedarf durch die örtlichen Träger der Sozialhilfe oder durch überörtliche Träger der Sozialhilfe erbracht (vgl. [www.leipzig.de/buergerservice-und-verwaltung/.../sozialamt-50/](http://www.leipzig.de/buergerservice-und-verwaltung/.../sozialamt-50/)).

Kontakt Daten: Sozialamt; Burgplatz 1; 04109 Leipzig; Telefon: 0341- 1234562; [www.leipzig.de/buergerservice-und-verwaltung/.../sozialamt-50/](http://www.leipzig.de/buergerservice-und-verwaltung/.../sozialamt-50/)

## **6.8 Pädiatrisch Therapeutische Einrichtung Leipzig (PTE)**

Die Konzeption der Pädagogisch Therapeutischen Einrichtung orientiert sich an den neuesten Erkenntnissen der wissenschaftlichen Forschung. Für jedes Kind und seine Familie wird ein spezifischer Therapieplan, auf Grundlage einer ausführlichen, interdisziplinären Diagnostik, erstellt. Alle

Beteiligten werden über das Störungsbild AD(H)S und die Auswirkungen auf Erleben und Verhalten aufgeklärt.

In einem spezifischen an verhaltenstherapeutischen Prämissen orientiertem Skill-Training (Fähigkeiten durch Training erwerben), erlernt das Kind elementare Fertigkeiten wie genaues Hinhören, genaues Wiedergeben bzw. seine Reaktionen zu verzögern. Bei größeren Kindern und Jugendlichen spielt das Einüben der Selbstbeobachtung eine wichtige Rolle.

Die Betroffenen erlernen Arbeitsstrategien und Lerntechniken, um die Erledigung der gestellten schulischen Aufgaben, wie Hausaufgaben machen oder für eine Klassenarbeit lernen, besser bewältigen zu können. Es wird weiterhin ein spezielles Elterntraining angeboten, dass konkrete erzieherische Hilfestellungen sowie Grundlagen zur Strukturierung des Alltagsumfeldes vermitteln. Die Therapie orientiert sich immer unmittelbar an den aktuellen Konflikten und am konkreten Alltagserleben des Kindes, des Jugendlichen und seiner Eltern.

Sollte ein Arzt für ein Kind oder Jugendlichen eine medikamentöse Behandlung einleiten, kann die PTE eine fachkundige Aufklärung, Begleitung und Verhaltensbeobachtung bieten. Bei Bedarf vermittelt die Einrichtung die Betroffenen an spezifische Therapeuten wie zum Beispiel Ergotherapeuten weiter.

Da AD(H)S eine sehr komplexe Störung ist und nicht mit einem einzigen Test oder einer Routine-Untersuchung festgestellt werden kann, setzt sich die Diagnostik aus den Erhebungen verschiedenster Informationen zusammen. Meistens sind mehrere erfahrene Berufsgruppen wie Kinder- und Jugendärzte und Psychologen beteiligt.

Die zentralen Elemente der AD(H)S-Diagnostik sind eine ausführliche Erhebung der Vorgeschichte, eine umfassende körperliche Untersuchung, eine psychologische Testung einschließlich der Erstellung eines Begabungsprofils und der Feststellung von eventuell vorliegenden Teilleistungsschwächen. Die Diagnose wird durch ausführliche Verhaltensbeobachtung in verschiedenen Situationen, die durch Berichte von Lehrern, Eltern und anderen Bezugspersonen eingebracht werden, ergänzt (vgl. [www.pt-leipzig.de](http://www.pt-leipzig.de)).

Kontakt Daten: Prager Straße 121; 04317 Leipzig; Telefon: 0341- 2259880; e-mail: [pte-leipzig@pte.de](mailto:pte-leipzig@pte.de)

## **6.9 Niedergelassene Kinderärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Ergotherapeuten für AD(H)S im Raum Leipzig**

Im Internet erscheinen unter dem Schlagwort Psychotherapeuten & Psychologen für AD(H)S in Leipzig 305 Treffer. Unter der Internetadresse: [www.jameda.de/leipzig/adhs/spezialisten](http://www.jameda.de/leipzig/adhs/spezialisten) besteht die Möglichkeit, sich einen geeigneten Therapeuten zu suchen. Die Therapeuten werden durch die Patienten bewertet- es gibt eine Angabe der Weiterempfehlung in Prozent.

Nachfolgend versuche ich, die mir und meinen Kollegen bekannten Ärzte, Psychologen und Ergotherapeuten, mit denen der ASD- NO gut zusammengearbeitet, vordergründig zu benennen.

**Frau Dr. med. Karla Amm/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Neuropädiatrie/Psychotherapie**

Die Praxis bietet für Eltern, Angehörige, Betreuer und Interessierte ein AD(H)S-Elterntraining an.

Das OptiMind Training vermittelt den Eltern Kompetenzen, dass sie ruhiger, abgeklärter und kompetenter werden und ihrem Kind wieder positive Seiten abgewinnen können. Das Elterntaining geht davon aus, dass Eltern Schwierigkeiten besser meistern werden, wenn sie um die Besonderheiten von AD(H)S-Kindern wissen. Erst im Zusammenspiel einer erhöhten Kompetenz der Eltern zum Störungsbild, der Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen, bewähren sich medizinisch-psychologisch-pädagogische Hilfen.

Das Training setzt sich aus vier Bausteinen zusammen. Zum ersten werden Fakten zum Störungsbild AD(H)S vermittelt. Im zweiten Teil lernen die Eltern etwas zu den Besonderheiten der Erziehung und Begleitung von AD(H)S-Kindern. Im dritten Teil werden Inhalte zum Einsetzen von Medikamenten und ergänzenden Therapien vermittelt, um abschließend Lerninhalte zur Stressbewältigung zu vermitteln.

Die Kurse finden jeweils Samstag 9.00 – 13.00 Uhr statt. Zwischen 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr statt und kosten je Teilnehmer 110,-€.

Kontakt Daten: Pestalozzistraße 10; 04178 Leipzig; Telefon: 0341- 446830; [www.d-amm.de](http://www.d-amm.de)

***Frau Dr. med. Marlies Heinze/ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie***

Die Praxis arbeitet verhaltenstherapeutisch nach dem IntraActPlus-Konzept. Dieser verhaltenstherapeutisch orientierter Therapie- und Interventionsansatz, wurde von Jansen und Streit auf der Basis von Ergebnissen der psychologischen Grundlagenforschung seit mehr als zwanzig Jahren ständig weiterentwickelt. Stärker als in der Verhaltenstherapie üblich, wird „Beziehung“ mit in die therapeutische Arbeit einbezogen. Die positive Beziehung zwischen Kind und ihrer Bezugsperson steht als wichtigstes oberes Ziel im Mittelpunkt aller Maßnahmen. Um Beziehungssignale, die meist im Bereich von Millisekunden gesendet und verarbeitet werden, zu erfassen, wurde als Besonderheit des IntraActPlus-Konzeptes die Videoarbeit perfektioniert. Die präzise und sekunden-genaue Videoarbeit des IntraActPlus-Konzeptes ermöglicht eine schnelle Bewusstmachung von unbewusstem Verhalten und unbewussten Beziehungssignalen und somit eine schnelle genaue Problemanalyse.

Das IntraActPlus-Konzept deckt den gesamten Altersbereich vom Baby über den Jugendlichen bis zum Erwachsenen ab. Der Prävention von seelischen Störungen wie auch AD(H)S kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. In den Therapie- und Interventionsprozess werden, wenn nötig, alle wichtigen Bezugspersonen des Kindes einbezogen (vgl. [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de)).

Kontakt Daten: Markt 13; 04821 Brandis; Telefon: 034292-72021; e- mail: [kinderarztpraxis@marliesheinze.de](mailto:kinderarztpraxis@marliesheinze.de)

***Ulrike Kunadt/ Kinder-Jugend- Psychotherapeutin mit Fachkundenachweis Verhaltenstherapie, Magister für Erziehungswissenschaften, Psychologie und Journalistik***

Die Praxis bietet eine verhaltenstherapeutische Behandlung für Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahre an. Eine Therapie ist auch, neben einer Anzahl anderer psychosomatischer und psychischer Störungsbilder, bei Konzentrations- und Lernstörungen bzw. ASD(H)S möglich.

Die Sitzungen finden in der Regel wöchentliche bis 14-tägige im Rahmen einer Einzeltherapie statt. Es wird zusätzlich eine kontinuierliche Arbeit mit den Eltern in eigenen Sitzungen (Bezugspersonenstunden) angeboten.

Kontakt Daten: Herrnhuter Str. 20; 04318 Leipzig; Telefon: 0341- 3310933; info@kindertherapie-leipzig.de

***Herr Dr. Sven Schönfelder / Frau Dr. Behrends/ Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie***

Für die Praxis kann ein Vorstellungsanlass die Auffälligkeit in der seelischen Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen, Depressionen, Ängste, Aufmerksamkeitsstörungen, Schulschwierigkeiten, Störung des Sozialverhaltens unter anderen sein.

Dazu werden Therapien innerhalb der Praxis angeboten. Das sind tiefenpsychologische, familien- und systemtherapeutische, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungen sowie die medikamentöse Therapie.

Außerdem besteht die Möglichkeit, die Behandlung durch Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche (Soziales Kompetenztraining, Jugendgruppen) zu ergänzen. Es werden psychomotorische Einzel- und Gruppenbehandlung, Entspannungstraining, Konzentrationstraining und Elterntraining angeboten.

Kontakt Daten: August-Bebel-Str. 73; 04275 Leipzig; Telefon: 0341-3018760; www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de

***Dipl.-Med. Anne-Catrin Boxberger/ FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapeutin***

Das multiprofessionelle Team der Praxis bietet psychiatrische Leistungen bzw. eine multimodale Diagnostik und Therapie verschiedener psychischer Störungen über die Sozialpsychiatrievereinbarung an. „Wir bieten eine ganzheitliche, individuelle Betreuung für Körper und Seele – für den ganzen Menschen.“ Das bedeutet, Familienberatung, Krisenhilfe, Diagnostik und Psychotherapieangebote insbesondere bei AD(H)S, Schul- und Verhaltensproblemen, psychosomatischen Erkrankungen, emotionalen Störungen, Essstörungen und Traumatisierungen. Es werden ergänzend Entspannungsverfahren und Hypnose angeboten. Bei Notwendigkeit werden alle an der Erziehung Beteiligten vernetzt und Helferkonferenzen einberufen.

Kontakt Daten: Holzhäuser Str. 65; 04299 Leipzig; Telefon: . 0341-8639770; e-mail: info@dm-boxberger.de

***Dr. med. A. Neugebauer-Kokott/ Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie***

Die Facharztpraxis führt psychiatrisch- fachärztliche Erstuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 20 Jahren durch.

Schwerpunkte der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind Entwicklungsstörungen beim Kleinkind, Leistungsversagen in der Schule, soziale Unsicherheit/Ängste, Pubertätskrisen, Verhaltensstörungen und AD(H)S unter vielen anderen Störungsbildern mehr.

Die Behandlung erfolgt im Sinne einer multimodalen Therapie. Neben der Leistungs- und Konzentrationsdiagnostik werden auch Fragebögen und zahlreiche projektive Verfahren eingesetzt. Ergänzend zur Therapie erfolgt eine Erziehungsberatung der Eltern und Angehörigen aber auch eine gezielte Vermittlung in Konfliktsituationen. Die Zusammenarbeit mit den Schulen und Vorschuleinrichtungen, dem ASD. Mitarbeitern der Kinder, ist ein wichtiger Bestandteil der Betreuung durch die Praxis. Bei Bedarf wird die Behandlung durch eine medikamentöse Therapie ergänzt.

Die Therapie kann durch vier altersbezogene therapeutische Kleingruppen ergänzt werden. Die Therapeuten unterstützen Familien bei Suche nach Freizeitangeboten, bei Behördenwegen und vielem mehr.

Kontakt Daten: Stephanstr. 14; 04103 Leipzig; Telefon: 0341-1496778; [www.kinderpsychiatrie-leipzig](http://www.kinderpsychiatrie-leipzig)

### ***Praxis für Ergotherapie Jeannette Päch in Leipzig***

Die Ergotherapie Päch unterstützt Menschen mit psychotischen, neurotischen und psychosomatischen Störungen. Sie steht Menschen aller Altersstufen zur Verfügung. Dies sind unter anderen auch psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie AD(H)S, Teilleistungsstörungen und Depressionen u.a.m. Ziele der Behandlung sind die Entwicklung, die Verbesserung und der Erhalt von psychischen Grundfunktionen wie Antrieb, Motivation, Erhöhung der Belastbarkeit, Selbstständigkeit und Flexibilität im Alltag. Auf AD(H)S bezogen arbeitet diese Ergotherapie an der Verbesserung der Körperwahrnehmung, an der Wahrnehmungsverarbeitung sowie an kognitiven Funktionen, wie zum Beispiel der Konzentration und der Merkfähigkeit.

Ziel ist es weiterhin, dass die Betroffenen eine Erhöhung ihrer sozio-emotionalen Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit erfahren, sich psychische Stabilität und Selbstvertrauen einstellen und die Integration in das soziale Umfeld gelingt (vgl. [www.wegotherapiepraxis-peach.de](http://www.wegotherapiepraxis-peach.de)).

Kontakt Daten: Lindenauer Markt 13a; 04177 Leipzig; Telefon: 0341-4793591; e-mail: [info@ergotherapiepraxis-peach.de](mailto:info@ergotherapiepraxis-peach.de)

### ***Heilpädagogisch-Therapeutische Einrichtungen Humanitas gGmbH / Ergotherapie***

Die Ergotherapie arbeitet in Verbindung mit AD(H)S verhaltenstherapeutisch nach dem IntraAct-Plus- Konzept von Dr. Fritz Jansen und Dipl. Psych. Uta Streit. Die Mitarbeiter kooperieren mit der zuvor benannten Ärztin Dr. med. Marlies Heinze.

Die Ergotherapeuten sind hervorragend geschult und zeichnen sich durch abwechslungsreiche Ideen und den Einsatz von hochwertigem didaktischem Übungsmaterial aus. Die Eltern nehmen an jeder Therapiestunde teil, werden angeleitet und müssen den Ablauf der Behandlung zunehmend mitgestalten.

Kontakt Daten: Prager Straße 224; 04289 Leipzig; 0341- 8631910; e-mail: [GS-gGmbH@humanitas-leipzig.de](mailto:GS-gGmbH@humanitas-leipzig.de)

### ***Praxis für Ergotherapie Benno Hundt***

Die Ergotherapie behandelt Kinder mit Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen, allgemeinen Entwicklungsverzögerungen, Koordinationsstörungen in der Grob- und Feinmotorik, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (AD(H)S), Verhaltensstörungen, Autismus und körperlichen und geistigen Behinderungen.

Als Grundlage der Behandlung werden ergotherapeutischen Befunde durch Elterngespräche, anamnestische Erhebungen und Informationen zum sozialen Umfeld erstellt. Das Kind wird gezielt durch standardisierte Tests beobachtet.

Die Behandlungsziele werden gemeinsam mit den Eltern und wenn möglich mit den Kindern besprochen. Die Behandlungsmethoden und Konzepte sind die sensorische Integrationstherapie, ergotherapeutisches soziales Kompetenztraining, Aufmerksamkeitstraining (nach Jacobs), visuelles Wahrnehmungstraining (nach M. Frostig), das Marburger Konzentrationstraining und das Neurofeedback.

Um das Kind zusätzlich in seinem sozialen Umfeld zu unterstützen, die Ziele und den Verlauf der Behandlung zu überprüfen, setzt die Ergotherapie Hundt auf den regelmäßigen Austausch mit den Eltern bzw. Bezugspersonen wie Lehrer, Erzieher, Ärzte und Therapeuten.

Kontakt Daten: Scherlstraße 2, 04103 Leipzig; Telefon: 0341-9808564; [www.ergotherapie-hundt.de](http://www.ergotherapie-hundt.de)

### ***Weitere Ansprechpartner***

***Frau Dr. med. Knauer/ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrie, Psychotherapie  
Spezialgebiet ADHS und Hypnotherapie***

Kontakt Daten: Zwickauer Straße 134; 04279 Leipzig; Telefon: 0341-3302746; e-mail: [dr.bknauer@web.de](mailto:dr.bknauer@web.de)

***Dipl.-Soz. Päd. Frank Oelke/ Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut***

Kontakt Daten: Hans-Poeche-Straße 6; 04103 Leipzig; Telefon: 0341-2248672

***Dipl.- Med. Anne –Catrin Boxberg/ FÄ für Kinder-und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie***

Kontakt Daten: Holzhäuser Straße 65; 04299 Leipzig; Telefon: 0341-8639770

***Dr. med. Steger/ Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie***

Kontakt Daten: Bästleinstraße 6; 04347 Leipzig; Telefon:

***Dipl. Med. Maria Bock/ Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie***

Kontakt Daten: Wurzner Straße 154a; 04318 Leipzig; Telefon: 0341-2514042

***Dipl.– Sozialarbeiterin Christiana Böttcher/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit  
Fachkundenachweis Verhaltenstherapie***

Kontakt Daten: Windorfer Str. 5; 04229 Leipzig; Tel. 0176-46539018; [info@kindertherapie-boettcher.de](mailto:info@kindertherapie-boettcher.de)



In meiner Bachelorarbeit war es mir ein Bedürfnis herauszuarbeiten, wo Eltern von Kindern mit AD(H)S in Leipzig Hilfe erhalten. Da ich in meinem Aufgabengebiet als ASD- Mitarbeiterin im Sozialbezirk- NO so wie im Text beschrieben mit der Problematik in Berührung komme, war es mir ein wichtiges Anliegen, die Hilfeangebote für meinen Sozialraum zusammenzutragen. Dies war nur über die Grenzen den Sozialbezirk für den gesamten Leipziger Raum und Umgebung sinnvoll und möglich, da Beratungs- und Ärztestrukturen im Nordosten von Leipzig nur unzulänglich vorhanden sind.

Anhand meines Fallbeispiels wurde ergänzend und konkret deutlich, was Eltern von Kindern mit AD(H)S erleben und wie sich ein typischer Weg darstellt, Hilfe für Eltern und Kind zu finden.

Ich musste feststellen, dass sich meine zu Anfang der Bachelorarbeit formulierte These teilweise bewahrheitet hat. Ich konnte evaluieren und als positiv bezeichnen, dass es in Leipzig eine große Anzahl von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für AD(H)S gibt.

Was ich jedoch als unzulänglich benennen muss, sind die unübersichtlichen Zugänge zu den Beratungsstellen, die langen Wartezeiten und die unprofessionelle Rolle, die die Schulen dazu einnehmen.

Mein Fallbeispiel aus Leipzig vermittelt, dass die Grundschule von Moritz sich nicht professionell und äußerst unqualifiziert im Umgang mit diesem Thema verhalten hat. Wie in der Einleitung schon beschrieben, bot sie den Eltern nur wenig sinnvolle Hilfe an und riet lediglich zu einem Schulwechsel in die Förderschule. Dieses Resultat entspricht meinen Erfahrungen und Wahrnehmungen, die ich in meiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Sozialen Arbeit sammeln konnte. Ich möchte nicht ausschließen, dass es andere- positive Schulbeispiele im Umgang mit dem Störungsbild AD(H)S gibt.

Die Methode des Experteninterviews wendete ich im Rahmen meines Studiums erstmalig an. Das Interview enthielt Inhalte, die ich im Nachhinein als irrelevant bezeichnen konnte und im Rahmen des Themas nicht verwenden habe. Auf diese Schwachstellen bin ich in der Auswertung des Interviews (Punkt 5.4, 35) näher eingegangen.

Den erstellten Hilfeüberblick zu den Hilfeangeboten für Eltern von Kindern mit AD(H)S im Raum Leipzig und speziell meines Arbeitsbezirkes, möchte ich zukünftig im Rahmen meiner Arbeit benutzen und werde sie meinen Kollegen zugänglich machen.

Ich habe mich bemüht, strukturiert und regelmäßig an meiner Bachelorarbeit zu wirken. So war es mir möglich, ohne Zeitdruck und im Zusammenspiel von Arbeit und Familie relativ ruhig und kreativ wissenschaftlich arbeiten zu können.

## **Anlagen**

Anlage I	Interviewleitfaden Anton
Anlage II	Interview mit der Mutter von Anton
Anlage III	Genogramm Fallbeispiel Moritz
Anlage IV	Legende zum Genogramm
Anlage V	Sozialraum Leipzig- Nordost

## **Anlage I**

### **Interviewleitfaden mit der Mutter von Moritz**

#### **Einleitung**

Vorstellen, Interesse bekunden

Erklären, warum wir das Interview führen, Information in welchem Rahmen das Interview stattfindet

Aufklärung über den Datenschutz

Erklärung der Aufnahme mit dem Diktiergerät

#### **Beschreibung der Lebenssituation der Familie**

Erhebung der Sozialanamnese

Erarbeitung des Genogramms

Durch wen erhält die Familie Unterstützung?

Inwiefern haben die Personen Einfluss auf die Familie?

Wo liegen in der Familie Ressourcen?

Wie kann die Geschwisterbindung beschrieben werden?

Spielt sie eine Rolle im Zusammenhang mit AD(H)S?

#### **Fragen zum Störungsbild von Moritz**

Wann gab es erste Auffälligkeiten im Verhalten?

Wie setzten sich die Auffälligkeiten fort?

Wie bewältigte Moritz den Kindergarten?

Was gab es dort für Probleme?

Hatte er Freunde?

Wie bewältigte Moritz die Schule?

Wo liegen Moritz Stärken?

Wann gab es erste Kontakte zu professionellen Helfern?

Wie verlief der Behandlungsweg?

Wo erhielten die Eltern Hilfe, um mit dem Störungsbild besser umzugehen?

Wie kompensieren die Eltern die aus dem Störungsbild auftretenden Anstrengungen des Alltages?

#### **Ausblick**

Wie gehen die Eltern heute mit dem Störungsbild um?

Welches Hilfeangebot hat den Eltern geholfen?

Was sind die Erkenntnisse der Eltern nach der Hilfe?

## Anlage II

### Interview mit der Mutter von Moritz

**Ziel:** siehe Interviewleitfaden

- 1
- Beschreibung der Lebenssituation der Familie
  - Fragen zum Störungsbild von Moritz und zu den vermuteten Ursachen
  - Wo erhielten die Eltern Hilfe, um mit dem Störungsbild besser umzugehen?

2 **Datum:** 05.12.2013

**Ort:** Leipzig

3 **Dauer:** 1 Stunde: 30 min

4 **Teilnehmer:** Interviewerin mit Buchstaben H, Interviewpartner mit Buchstaben M.

5 **H:** Hallo, schön dass du Zeit für mich und mein Anliegen hast. Wie du ja schon weißt, schreibe ich  
6 meine Bachelorarbeit über das Thema AD(H)S, mit dem Schwerpunkt, wo die Eltern dieser Kinder  
7 für sich Hilfe erhalten. Mir geht es in meinem ersten Teil des Interviews aber vorerst darum, etwas  
8 über deine Familienanamnese zu erfahren, dabei zu schauen, wo es Hilfe und Ressourcen im Fa-  
9 miliensystem gibt. Ich werde aus deinen Angaben später ein Genogramm erstellen. Im zweiten Teil  
10 möchte ich etwas zum Verlauf der Störung deines Sohnes Moritz erfahren und des weiterem, wo  
11 die Familie zu jedem Zeitpunkt bis heute Unterstützung im Umgang mit dem Störungsbild ADHS  
12 erhalten hat.

13 **M:** Okay- ich bin bereit.

14 **H:** Um wen geht es in deiner Familie, wenn wir von der Problematik einer hyperkinetischen Störung  
15 sprechen.

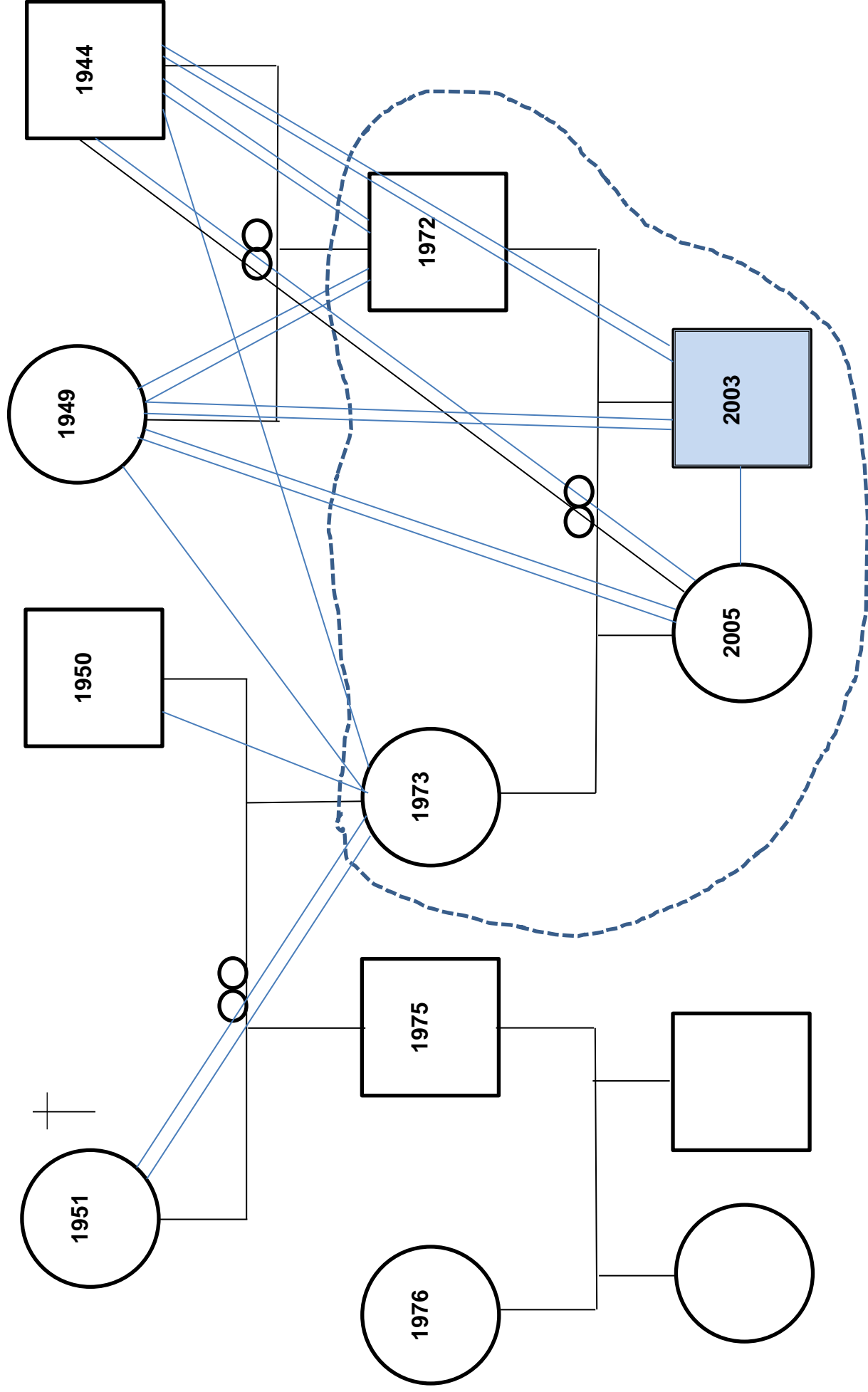
16 **M:** Es geht um meinen 10jährigen Sohn Moritz. Er geht in die 4. Klasse der Grundschule Mölkau.  
17 Er leidet an ADS und zusätzlich hat er eine Dyskalkulie und eine Lese- Rechtschreib- Schwäche.

18 **H:** Ist euer zweites Kind ein Junge oder Mädchen, wie heißt sie und wie alt ist sie?

19 **M:** Unser zweites Kind ist eine Tochter. Sie heißt Jette\*, ist 8 Jahre alt, wurde also 2005 geboren  
20 und lernt in der 2. Klasse. Jette ist ganz normal entwickelt, hat keine Störung oder Behinderung.

21 **M:** Wir leben in einer ganz normalen Familie in einem Haus in Leipzig- Mölkau, gemeinsam mit den  
22 Eltern meines Mannes. Zum Grundstück gehören ein Garten und eine Werkstatt. Wir sind verheira-  
23 tet. Wir haben zwei gemeinsame Kinder. Der Vati unserer gemeinsamen Kinder ist 40 Jahre alt  
24 und arbeitet als Selbstständiger in der Richtung Klimatechnik. Ich bin auch 40 Jahre alt. Ich habe  
25 zuerst eine Lehre gemacht und später noch das Abitur nachgeholt. Ich arbeite in meinem Beruf als  
26 Vermessungstechnikerin- ganz wichtig in Vollzeit. Seit ca. ½ Jahr habe ich einen festen Arbeitsver-

Anhang III: Genogramm Fallbeispiel Moritz (10 Jahre)



## Anlage IV

Stadt Leipzig  
ASD  
Stand Mai 2011

### Erstellung Genogramm

Bei der Erstellung von Genogrammen wird grundsätzlich nicht das Alter eingesetzt, sondern das Geburtsjahr (ggf. das gesamte Geburtsdatum), damit das Genogramm für eine dauerhafte Verwendung herangezogen werden kann.

Auf das Genogramm werden nur Vornamen eingetragen. Angaben über Nachnamen erfolgen auf der Rückseite, damit das Genogramm auch für anonymisierte Fallvorstellungen Verwendung finden kann.

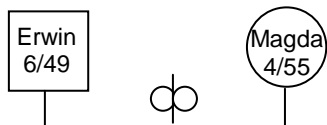
Grundsätzlich erfolgen die Darstellungen im Genogramm mit folgenden Symbolen/ Kennzeichen:



#### Geschlecht

Jungen/Männer werden mit einem Quadrat gekennzeichnet. Mädchen/Frauen mit einem Kreis, im Symbol wird der Name und das Geburtsdatum mit Monat/Jahr oder Jahr angegeben.

#### Beziehungen/Ehen



#### Ehe

(hier zwischen Erwin und Magda)



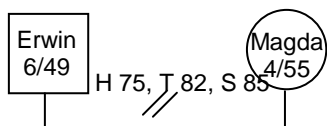
Ehe



Scheidung



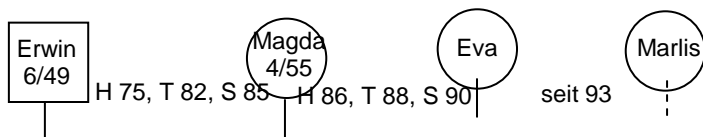
**Unverheiratete Paare/ eheähnliche Gemeinschaft**  
(hier zwischen Erwin und Magda)



#### Trennungen/Scheidungen

(hier zwischen Erwin und Magda)

H = Heirat, T = Trennung, S = Scheidung

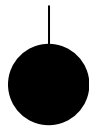


Mann mit **mehreren** Frauen/  
**Partnerinnen**

## Schwangerschaft/Kinder



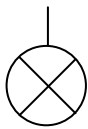
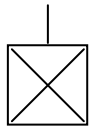
**Schwangerschaft**



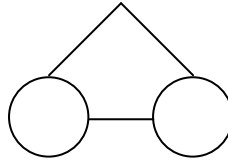
**Fehlgeburt**



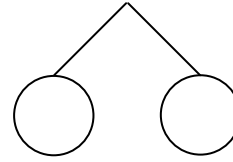
**Abtreibung**



**Totgeburten**  
(männl./weibl.)



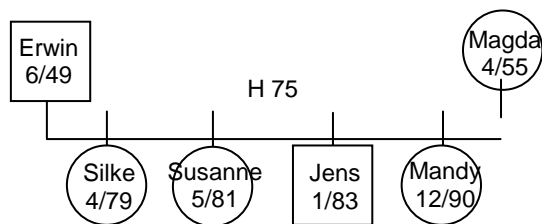
eineiig



zweieiig

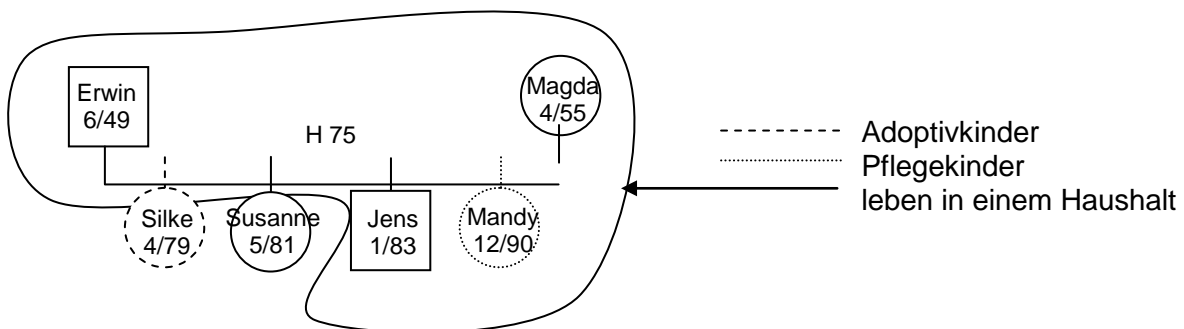
**Zwillinge**

## Beispiel: Ehepaar mit Kindern

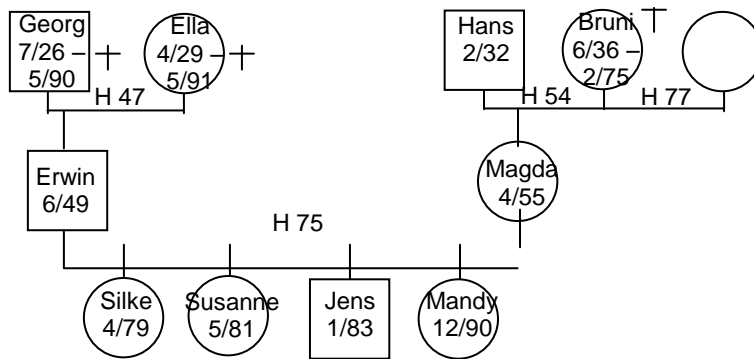


Kinder nach Alter ordnen (links das Älteste, rechts das Jüngste)

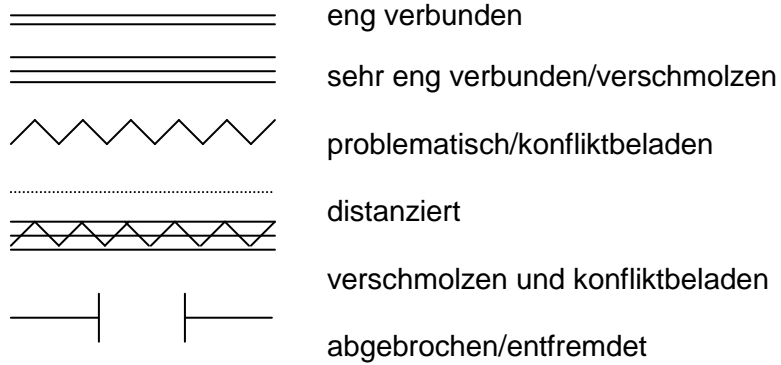
## Beispiel: Ehepaar mit Kindern/Adoptivkindern/Pflegekindern



### Beispiel: Großeltern/Eltern/Kinder



### Beziehungslinien





27 trag. Das geht schon mit Einschränkungen in der Familie einher, weil ich auch manchmal zu  
28 Dienstreisen muss und eine ganze Woche nicht da bin.

29 **H:** Wie kann man den Geschwisterkontakt zwischen Moritz und Jette beschreiben?

30 **M:** Wenn es gegen uns Eltern geht, verbünden sie sich gegen uns und das läuft für die beiden  
31 momentan Zeit super. Moritz ist eher ein ruhiger Nachgebortyp. Jette hingegen ist sehr durchset-  
32 zungsfähig, kam schon mit Selbstbewusstsein auf die Welt. Moritz hat früher schneller nachgege-  
33 ben. Seitdem er jedoch das ADS- Medikament Medikinet nimmt, wehrt er sich und diskutiert vieles  
34 mit ihr aus. Bei Streit ist alles für Moritz besser geworden, dass Selbstbewusstsein hat sich ver-  
35 bessert, weil auch die Noten in der Schule besser geworden sind. Das liegt nicht nur am Medika-  
36 ment. Es lag auch an unserem Zutun und auch am Sport, wo für Moritz der Knoten geplatzt ist. Die  
37 Schule hat mit den sportlichen Erfolgen gezeigt, wie stolz sie auf Moritz sind und rühmt sich auch  
38 mit ihm nach außen. Das Geschwisterverhältnis ist eigentlich ganz normal, bis auf kleiner Reibe-  
39 reien. Moritz merkt schon, wenn Jette Kummer hat und umgedreht.

40 **H:** Wer gehört noch zur Familie? Was gibt es über das Familiensystem zu berichten?

41 **M:** Ich habe noch einen Bruder. Er ist zwei Jahre jünger als ich. Mein Mann ist ein Einzelkind. Mei-  
42 ne Eltern und ich kommen aus Weißwasser in der Lausitz. Meine Mama lebt nicht mehr. Sie ist  
43 1951 geboren und 2011 verstorben. Mein Papa ist Baujahr 1950. Er lebt noch heute in Weißwas-  
44 ser und wir haben auch regelmäßigen Kontakt zueinander. Mehr oder weniger läuft der Kontakt  
45 aber über Erkundigungen aus der Ferne, was die Kinder betrifft. Das macht aber nichts, da wir  
46 einen sehr engen Kontakt zu den Eltern von meinem Mann haben. Wir leben gemeinsam unter  
47 einem Dach. Wir haben zu ihnen ein absolut inniges Verhältnis. Natürlich haben wir auch schwieri-  
48 ge Phasen und es gab auch immer mal Spannungen. Sie erziehen unsere Kinder mit und helfen  
49 uns, wie es meine Mutti hinbekommen würde. Durch meine Mutti hatte ich eine sehr gute Kindheit.  
50 Mein Vati konnte das eher nicht. Er hat eine andere Art Erziehung erhalten, ist einfach strenger von  
51 seinem Elternhaus erzogen worden. Er ist Baujahr 1949. Er gibt sich nicht so innig.

52 **M:** Mein Schwiegervater ist Baujahr 1944 aber fit wie ein Turnschuh. Meine Schwiegermutter ist  
53 Baujahr 1949. Mein Bruder ist noch zu nennen. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder, ein Mädchen  
54 und ein Junge. Es ist alles in Ordnung, aber nur wenig Kontakt vorhanden.

55 **H:** Gibt es in der Familie Erkrankungen? Hatte jemand in der Familie AD(H)S?

56 **M:** Es gibt keine Erkrankungen in der Familie. Bei den Großeltern trat lediglich im Alters Diabetes  
57 auf. AD(H)S gab es nicht in unserer Familie.

58 **H:** Gab es in der Familie dramatische Ereignisse?

59 **M:** Nee, es gab in unserer Familie keine dramatischen Erlebnisse, keine Trennungen oder  
60 irgendwelcher größerer nennenswerter Ärger- alles ganz unbeschwert. Es gab bei Moritz mal zwei  
61 OP. Die wurden aber in der Tagesklinik durchgeführt und wir waren die ganze Zeit mit dort.

62 **H:** Weiß die ganze Familie über das Krankheitsbild von Moritzvolumfänglich Bescheid?

63 **M:** Da muss ich sagen- ja! Da scheitert es jetzt aber so ein bisschen an der genaueren Aufklärung.  
64 Die wissen das schon aber. wir können nicht so gut darüber reden, weil meine Schwiegermutter  
65 immer denkt, wir wollen die Kinder vergiften. Wir hatten da schon so unsere Schwierigkeiten. Ich  
66 habe immer vorgeworfen bekommen, obwohl ich immer dachte es ist alles in Ordnung. Dann habe  
67 ich mitbekommen, dass jemand mit schlechter Laune durchs Haus zieht, mir gegenüber Anschul-  
68 digungen kamen, dass die Kinder eher ins Bett müssen. Ich möchte sagen, dass wir schon ein  
69 System drin haben. Aber durch das enge Beieinander leben bekommen die Schwiegereltern auch  
70 alles mit und mischen sich dann ein.

71 **H:** Habe ich das richtig verstanden, dass die Schwiegereltern nur oberflächlich über das Krank-  
72 heitsbild Bescheid wissen?

73 **M:** Naja, dass hängt aber auch mit den Einmischen in vielen Dingen von vorher zusammen? Wir  
74 wollen es mit den Schwiegereltern harmonisch haben und haben keine Kraft mehr auf Diskussio-  
75 nen. Diese würden endlos kommen. Wir wollen keinen Streit, denn wir sind auf die Schwiegereltern  
76 angewiesen.

77 **M:** Moritz soll sein Medikament mit Essen aufnehmen. Daher lege ich Wert darauf, dass er bei uns  
78 oben frühstückt und nicht bei den Schwiegereltern, die das nicht wissen, dass er ein Medikament  
79 zur Unterstützung seiner ADS nimmt. Moritz hat nämlich einen ruhenden Tumor im Kopf. Darüber  
80 wissen die Schwiegereltern aber Bescheid und machen sich große Sorgen. Der Tumor hat mit  
81 ADS aber nichts zu tun. Die Ärzte sehen zu ADS keinen Zusammenhang. Der Tumor wurde in der  
82 Schulzeit festgestellt und wir sind deswegen in regelmäßiger Überwachung.

83 **H:** Ich habe noch einige Fragen zur Vorgeschichte. Verliefen denn die Schwangerschaft und die  
84 Geburt normal?

85 **M:** Alles normal.

86 **H:** Wann habt ihr gemerkt, dass Moritz anders ist?

87 **M:** Gleich als wir damals aus der Klinik gekommen sind, hat Moritz im Wechsel zwei Stunden ge-  
88 schlafen, war zwei Stunden wach. Das war für mich persönlich ganz schlimm. Es waren zwar die  
89 Schwiegereltern da, aber wenn man selber tagelang nur zwei Stunden am Stück zum Schlafen  
90 kommt, dann wird es schwer. Im Kindergarten hat er manchmal Mittagsschlaf gemacht. Dann ist er  
91 aber abends nicht zur Ruhe gekommen. Das wiederum haben die Schwiegereltern gehört und  
92 darüber geschimpft, dass er nicht zeitig genug ins Bett geht. Während des Schlafens lag Moritz bis  
93 vor kurzem ganz verkrampft im Bett. Er hat bis vor einem halben Jahr so geschlafen. Wir haben ihn  
94 lang gezogen, dass er mal entspannt liegt. Das ging so, bis er gemerkt hat, dass er Erfolge hat.  
95 Das war ca. in der 3. Klasse/ Halbjahr, als wir angefangen haben, das Medikament zu nehmen. Er  
96 hat den Stress mit in den Schlaf genommen, hat zu der Zeit auch oft eingelullt.

97 **H:** Gabe es noch andere Auffälligkeiten?

98 **M:** Moritz ist gern in den Kindergarten gegangen. Er war vom Verhalten her nie aggressiv. Was  
99 uns auffiel war, dass er schon in der Kindergartenzeit gern und oft Rollenspiele machte. Moritz

100 konnte nicht puzzeln. Selbst die einfachsten Puzzles konnte er nicht. Würfelspiele waren nicht drin.  
101 Da hat er den Würfel gleich in die Ecke gehauen. Er hat im Kindergarten gern mit Autos und Bau-  
102 steinen gespielt. Für das, was ihn interessierte, da war er sehr geduldig. Wir haben ihn zu Hause  
103 zu Spielen, die er nicht mochte, nie gezwungen. Da hat er uns schon zu verstehen gegeben, das  
104 ist mir zu viel. Hier will ich mich nicht anstrengen und konzentrieren. Im Nachhinein wissen wir  
105 durch die Ergotherapie, dass wir das automatisch richtig gemacht haben. Bei Moritz ist sehr auffäl-  
106 lig, dass er überhaupt kein melodisch- rhythmisches Gefühl hat. Er kann nicht reimen und zum  
107 Gedicht lernen benötigen wir bestimmt die doppelte Zeit wie andere Kinder.

108 **H:** Gab es Besonderheiten beim Spracherwerb?

109 **M:** Moritz hat mit drei bis vier Jahren noch Buchstaben verwechselt. Er hat zum Beispiel Tapier  
110 statt Papier gesagt. Mit einmal hat er aber super schöne Sätze gesagt wie zum Beispiel: „Opa  
111 konnte nicht. Er war in Eile.“ Moritz hatte mit einem mal einen schönen Sprachschatz- schon im  
112 Kindergarten. Entwicklungsschritte passierten bei Moritz immer plötzlich.

113 **H:** Gab es motorische Auffälligkeiten?

114 **M:** Er hat super schnell das Laufen gelernt. Wir leben ja mit den Schwiegereltern in einem Haus,  
115 mit einer großen Werkstatt. Das interessiert Moritz sehr. Moritz konnte Nägel beizeiten gerade und  
116 akkurat reinhauen. Moritz hat gemalt- ganz tolle Sachen. Mit vier Jahren hat er sein ersten Men-  
117 schen gemalt, mit allen Drum und Dran. Bei Buchstaben schreiben hat man ihm aber immer nach-  
118 gesagt, dass die Feinmotorik fehlt. Er kann zum Beispiel keine geschwungenen Buchstaben  
119 schreiben. Die Schrift hat etwas Hartes.

120 **H:** Ich habe jetzt Fragen zum Hilfeverlauf. Was wurde bei Moritz im Zusammenhang mit ADS ganz  
121 genau diagnostiziert?

122 **M:** Moritz hat ADS und außerdem eine diagnostizierte Lese- Rechtschreib- Schwäche (LRS) und  
123 Dyskalkulie. Zur Dyskalkulie- Behandlung waren wir jetzt zwei Jahre in einer Einrichtung. Diese  
124 heißt Pädagogische Therapeutische Einrichtung Leipzig (PTE). Dort wurde eine Dyskalkulie The-  
125 rapie, 1x in der Woche, durchgeführt.

126 **H:** Wurde die Kosten der Therapie vom ASD übernommen?

127 **M:** Nein, die haben wir selber getragen.

128 **H:** Wusstest du, dass der ASD die Kosten übernimmt?

129 **M:** Nein! Vielleicht sollte ich mich für die nächste Therapie beraten lassen.

130 **H:** Wo wurden die ADS und die Teilleistungsstörungen diagnostiziert?

131 **M:** Moritz ist schon mit Verdacht auf LRS aus dem Kindergarten in die Schule gekommen. Geprüft  
132 wird ja auf Teilleistungsstörungen aber erst Ende der 1. Klasse. Die ADS und die Dyskalkulie ha-  
133 ben wir im St. Georg/ Sozialpädiatrischen Zentrum Leipzig, Delitzscher Straße, diagnostizieren  
134 lassen, die Lese- Rechtschreibschwäche in der 74. Grundschule, in der Dittes Straße in Leipzig.

135 **H:** Wie verlief der weitere unterstützende Weg für Moritz? Was bekam ihr von Seiten der Schule  
136 für Angebote für Moritz?

137 **M:** Wir sind viel getröstet worden und von Schule zu Schule geschickt worden. Der Ausspruch  
138 jeder Schule war immer, Verdacht auf LRS. Im Rahmen der Vorschuluntersuchung wurden wir zum  
139 Schulpsychologen geschickt. Da war Moritz noch im Kindergarten. Das war im April 2010. Das  
140 Ergebnis des Gutachtens kam dann aber erst im März 2011. Der Psychologe hatte damals vorge-  
141 schlagen, Moritz auf die Förderschule zu schicken. Das wollten wir aber nicht. Moritz wurde ganz  
142 normal in seine Regelschule als Integrationskind eingeschult. Noch zur Kindergartenzeit bekamen  
143 wir von der Erzieherin, die die Vorschule in der Einrichtung übernommen hatte, den Tipp bekom-  
144 men, Moritz in der Ergotherapie anzumelden, weil er sich nicht gut konzentrieren kann. Wir haben  
145 uns eine tolle Ergotherapie gesucht. Das war die Ergotherapie „Hundt“, bei der Frau Wagner. Das  
146 ist ein privater Träger in Leipzig. Die Ergotherapeutin Frau Wagner hat von Anfang an und auch  
147 später immer wieder festgestellt, dass Moritz kein Mengenverständnis hat, als Grundlage, dass er  
148 eventuell Dyskalkulie hat. Wir haben das in der Schule besprochen und eine Überprüfung bean-  
149 tragt. Es ist nichts passiert. Die Lehrerin von Moritz war älter und einfach nicht für das Thema sen-  
150 sibilisiert. Ich glaube, die heutige Lehrerin von Jette, wäre damit anders umgegangen.

151 **M:** Hat sich dann später an der Schule etwas getan?

152 **M:** Es geht so. Anfang der 2. Klasse gab es in der Schule einen Nachteilsausgleich. Manches lief  
153 aber auch schief. So bekamen wir in der 2. Klasse mit, dass einige Kinder eine Leseförderung be-  
154 kamen. Unser Sohn war nicht dabei. Erst auf Nachfrage war die Lehrerin bereit, Moritz auch die  
155 zusätzliche Förderung zu gewähren. Das ganze hat sich dann im Nachhinein für uns als Nachteil  
156 erwiesen. Moritz konnte zwar am Ende des Schuljahres schleppend lesen, hat aber den Sinn des  
157 Gelesenen nicht erfasst. Kurz vor dem Halbjahr passierte ähnliches mit einem Mathetraining, dass  
158 Moritz einfach vorenthalten wurde. Es gab dann nach den Ferien einen Mathetest, wo mein Sohn  
159 durchgefallen ist. Wir verstehen nicht, warum er nicht wie die anderen Kinder auf den Test vorbe-  
160 reitet und gefördert wurde. Die Schule hat uns nahegelegt, Moritz in die Förderschule zu schicken.  
161 Das fiel für uns als Option aus. Die andere Möglichkeit seitens der Schule war, dass Moritz die  
162 Klasse wiederholt. Das wollte ich auf keinen Fall. Mein Mann war aber dafür. Die Schule tat das mit  
163 der Bemerkung ab, dass er eben mal zwei Wochen ein Gesicht zieht und dann beruhigt er sich  
164 Moritz auch wieder. Für Moritz wäre das aus heutiger Sicht nicht der richtige Weg gewesen. Er  
165 hatte damals ein sehr schlechtes Selbstbewusstsein und hing unwahrscheinlich an seinen  
166 Schulfreund aus seiner Klasse. Mit dem ist er schon in den Kindergarten gegangen. Er wäre daran  
167 zerbrochen. Moritz hat damals sehr gelitten und fing an einzulullen. Alles kam zusammen, der  
168 Druck in der Schule, die schlechten Noten, das schlechte Selbstbewusstsein.

169 **H:** Was hat diese Situation mit euch Eltern gemacht?

170 **M:** Wir haben ein schlechtes Gewissen gehabt, weil wir nicht mitbekommen haben, dass es in der  
171 Schule ein Mathetraining gibt. Ich habe mich doof gefühlt, dass mir das durch die Lappen gegan-  
172 gen ist. Wir haben daraufhin Moritz sofort im Förderunterricht angemeldet und gleichzeitig die Dys-  
173 kalkulie diagnostizieren lassen. Wir haben dann in der Pädagogisch Therapeutischen Einrichtung

174 sofort vom Deutsch- Training auf das Mathetraining umgeschwenkt. Ende der 2. Klasse stand Mo-  
175 ritz dann in Mathe auf der Note 4 und ist weitergekommen. Es ist so eine Sache, dass man Vor-  
176 enthaltungen erfährt, alles nur halbherzig betrachtet wird.

177 **H:** Gab es Angebote der Schule, mit Moritz speziell zu arbeiten? Gab es hilfreiche Beratungsge-  
178 spräche durch die Schule?

179 **M:** Die Schule äußerte in einem Gespräch mit mir, dass sie festgestellt haben, wenn Moritz mit  
180 einem zusätzlichen Zettel arbeitet, wo die Aufgaben darauf stehen, kann er das viel besser abar-  
181 beiten. Auf meine Frage, warum sie es dann nicht mit Moritz so machen, antwortete die Schule,  
182 dass sie dazu etwas Schriftliches vom Arzt bräuchten. Das ganze Thema ADS und Teilleistungs-  
183 störungen gestaltete sich schwierig. Die Schule wollte eigentlich nur, dass Moritz möglichst schnell  
184 das Medikament für ADS bekommt. Von Beratung und Begleitung kann man nicht sprechen. Zuge-  
185 schnitten auf unseren Sohn, gab es kein hilfreiches Angebot seitens der Schule. Wir haben uns um  
186 alles selber gekümmert. Auch das Thema LRS- Klasse ist vom Tisch. Er kann nicht mehr dahin  
187 wechseln. Ein rechtzeitiger Wechsel wurde seitens der Schule versäumt. Ab der dritten Klasse ging  
188 dann der gezieltere Förderunterricht los. Moritz arbeitete nach dem Zweit- Lehrer- Prinzip, wird  
189 manchmal aus der Klasse geholt und macht eine Arbeit dann nochmal. In der 3.Klasse/ Endhalb-  
190 jahr gab es eine Lehrerin in Mathe, die unseren Sohn nur schräg angemacht hat. Es ging dann um  
191 solche Kleinigkeiten, wie mit Füller oder Bleistift schreiben, die zu Streit zwischen Lehrerin und  
192 Moritz führten. Für die Lehrerin war die äußere Ordnung vorrangig, alles musste auf Ecke liegen.  
193 Bei ihr ging und geht auch heute noch alles nur nach „Zack, zack!“. Das hat mich damals sehr trau-  
194 rig gemacht. Sie drohte den Kindern auch, wenn sie es nicht schulisch schaffen, dann werden sie  
195 später Verlierer, nur Hartz IV- Empfänger. Mein Mann ist dann in die Schule und hat diese unpro-  
196 fessionellen Vorgehensweisen angesprochen. Mein Mann hat das viel klarer gesehen, was da mit  
197 Moritz in der Schule passiert. Ich konnte damals nur noch emotional reagieren.

198 **H:** Wie übt ihr mit Moritz?

199 **M:** Für Arbeiten üben wir am Wochenende immer vormittags, so zwei bis drei Mal für 10min. Wir  
200 erstellen uns dann kleine Aufgabenzettel und arbeiten diese ab. Dann gibt es dazwischen immer  
201 eine Pause, wo Moritz spielen kann. Dann geht es weiter. Nachmittags ist grundsätzlich Freizeit.  
202 Ich frage auch nur Sachen ab, die sicher sind, damit Moritz durch Erfolg Selbstbewusstsein auf-  
203 baut. Wir bekräftigen ausschließlich positive Inhalte von Moritz. Diese Vorgehensweise habe ich  
204 mir mit Hilfe der Ergotherapie und auf Rat der PTE angeeignet. Das ist eine Stelle gewesen, wo ich  
205 Hilfe für mich bekam. Ich habe mich dort wieder für die nächste Zeit aufgebaut. Mein Mann macht  
206 selten mit Moritz Hausaufgaben. Er hält sich da zurück und überlässt das mir. Wenn er es mal  
207 macht, kracht es dann meistens zwischen den beiden.

208 **H:** Werdet ihr immer noch durch die Ergotherapie betreut?

209 **M:** Wir sind bis vor einen ¼ Jahr zur Ergotherapie gegangen. Ich wurde in die dortigen Abläufe  
210 einbezogen und habe gelernt, mit Moritz so zu arbeiten, dass ihm die Lerneinheiten Spaß machen  
211 und er Erfolge hat. Die Therapeutin arbeitet mit der Uhr. Sie lässt die Zeit rückwärts laufen, damit  
212 Moritz sieht, wieviel Zeit er noch hat. Aufgaben sind nie länger als 10 Minuten. Dazwischen wurden

213 Bewegungsspiele gemacht. Wir haben 4x10 Einheiten durchgeführt. Dann kam er in die Schule  
214 und da wollten wir erst mal sehen, wie es für Moritz anläuft. Diese Unterbrechung war für Moritz  
215 eher ungünstig. Wir wollten irgendwann in der ersten Klasse wieder einsetzen, mussten aber erst  
216 zu einem Psychologen, um wieder Ergotherapie verschrieben zu bekommen. Da es kurzfristig kei-  
217 ne Termine gibt, waren wir im Parkkrankenhaus. Das war sehr schwierig und ich möchte darüber  
218 eigentlich gar nicht darüber reden. Auf jeden Fall, fühlte ich mich dort nicht gut verstanden. Letzt-  
219 endlich haben wir aber durch's Parkkrankenhaus noch mal 6x 10 Einheiten Ergotherapie ver-  
220 schrieben bekommen.

221 **H:** Was hat für Moritz und für die Familie das meiste gebracht?

222 **M:** Die Ergotherapie hat das meiste gebracht. Ich bin der Ergotherapeutin sehr dankbar. Sie hat bei  
223 Moritz viele Feinheiten aufgedeckt, die wir heute zur Aufgabenbewältigung nutzen. Und wir haben  
224 viele Spielanregungen erhalten, die man auch zu Hause machen kann. Uns wurde in der Ergothe-  
225 rapie bewusst gemacht, dass wir unser Kind dort abholen müssen, wo er gerade ist. Leider wird  
226 das durch das schulische Umfeld nicht ergänzt. Wir vertreten aber den Standpunkt, dass unser  
227 Kind ein Spezi ist und wenn das nicht eingesehen wird, kann ich das auch nicht ändern. Wenn ich  
228 mich mit anderen Eltern unterhalte und sie mir ihre Probleme schildern, dann denke ich immer, das  
229 sind keine Probleme, das ist nicht wichtig.

230 **H:** was fällt beim Lernen bei Moritz auf?

231 **M:** Er hat ein schlechtes Arbeitsgedächtnis. Das kam beim IQ- Test raus. Moritz hat visuelle stärke-  
232 ken. Auditive Dinge kann er nicht so gut verarbeiten. Man muss alles ein paar Mal sagen.

233 **H:** Seit wann nimmt Moritz ein Medikinet?

234 **M:** Er nimmt seit Mai 2013 das Medikament. Erst waren es 5mg und jetzt sind es 10mg als Retard-  
235 Medikament. Das Mittel nimmt er während des Frühstücks ein. Das ist wichtig, weil es durch Nah-  
236 rung gut aufgenommen wird. Er leidet danach an Appetitlosigkeit, man sieht es auch am Verzehr  
237 der Schulschnitten. Mittagessen nimmt er ohne Nachschlag. Abends hat er wieder einen guten  
238 Appetit. Nachmittags braucht er das für uns nicht zu nehmen.

239 **H:** Was sagt Moritz zu der Einnahme des Medikamentes?

240 **M:** Er spricht von seiner Rettungskapsel. Moritz fühlt sich sehr wohl mit dem Medikament.

241 **H:** Habt ihr sofort die Wirkung des Medikamentes gemerkt?

242 **M:** Ja, dass war der Wahnsinn. Die Lehrer haben es auch sofort eine positive Wendung bemerkt.  
243 Sie hatten plötzlich ein hochkonzentriertes Kind vor sich sitzen. Moritz weiß plötzlich über alle  
244 schulischen Dinge Bescheid. Er macht nicht mehr so viele Schussel Fehler. Jetzt stehen alle  
245 Hausaufgaben im Heft. Das hat vorher überhaupt nicht geklappt. Für die Hausaufgabenzeit reicht  
246 das Medikament natürlich nicht mehr aus. Es wirkt bis etwa 13.00 Uhr. Das ist aber in Ordnung.  
247 Wir machen dann mit ihm die Hausaufgaben zu Hause. Das bekommt Moritz hin. Ich finde, für die  
248 Hausaufgaben reicht die Konzentration die er hat aus. Die Gabe es Medikamentes ist für uns eine

249 große Unterstützung. Moritz ist durch den Erfolg in der Schule selbstbewusster und selbstständiger  
 250 geworden.

251 **H:** Gibt es Sondervereinbarung für das Lernen in der Schule?

252 **M:** Die Psychologin vom SPZ hat uns was geschrieben, dass Moritz im Unterricht einen Nachteil-  
 253 sausgleich bekommt. Die Schule verlangte ein Schreiben mit der Bestätigung der Diagnose ADS,  
 254 sonst geht da gar nichts. Die Aussetzung der Benotung wurde extra noch beantragt. Für Klassen-  
 255 arbeiten wird Moritz mehr Zeit gegeben.

256 **H:** Wie geht es mit Moritz weiter?

257 **M:** Wir pausieren momentan auch in der Pädagogischen Therapeutischen Einrichtung. Dort waren  
 258 wir 1x wöchentlich seit 2011. Moritz ist dort nicht gern hingegangen, weil es ziemlich unterrichts-  
 259 ähnlich gestaltet ist. Wir gehen regelmäßig im Quartal, ungefähr 1x in das SPZ.

260 **H:** Ihr habt ja nun mit Moritz Ergotherapie, PTE und SPZ genutzt. Es gab Gespräche in der Schule.  
 261 Durch welche Maßnahmen hast du persönlich Erleichterung verspürt?

262 **M:** Ich habe Erleichterung durch die Ergotherapie erfahren. Das ist die Stelle gewesen, wo ich für  
 263 mich konkrete Hilfe für den Alltag bekam. Ich habe mich dort wieder für die nächste Zeit aufgebaut  
 264 und auch gelernt, wie ich mit meinem Sohn umgehen muss. Auch PTE hat uns eine Gesprächs-  
 265 gruppe mit anderen Eltern angeboten. Das war aber für uns eine Zeitfrage. Wir haben an solchen  
 266 Arbeitsgruppen nie teilgenommen. Dafür besuchte ich Workshops bei PTE, was ich sehr interes-  
 267 sant fand. Das sind mal hintereinander ein bis zwei Veranstaltungen. Dort kommt man auch mit  
 268 Eltern ins Gespräch und das reicht mir auch. PTE geht sehr stark auf die Eltern zu. Das ist toll. In  
 269 der Schule von Moritz muss man um alles kämpfen.

270 **H:** Wer ist in der Familie außerdem eine große Stütze?

271 **M:** Durch meinen Mann bekomme ich großen Rückenhalt. Er erdet mich. Mein Mann sagt immer,  
 272 dass es wichtig ist, die Störungen von Moritz anzunehmen. Das ist das beste Mittel, um mit der  
 273 Problematik durchzukommen. Ich habe das Problem von Moritz angenommen. Mein Mann löst  
 274 mich ab, wenn ich nicht zu Hause bin oder auch emotional nicht mehr kann. Wenn Moritz viel Kritik  
 275 bekommt und zu hören bekommt, das kann er nicht und jenes klappt nicht- das tut mir schon weh.  
 276 Mit den Schwiegereltern reden wir nicht über Moritz seine Probleme, wir halten sie nur oberfläch-  
 277 lich auf den Laufenden. Ich rede sonst mit niemandem über unsere Familienprobleme.

278 **H:** Wie hoch ist die partnerschaftliche Belastung?

279 **M:** Die Belastung ist momentan nicht mehr so hoch. Wir haben unsere Probleme mit Moritz an-  
 280 genommen, so wie es ist. Das Problem wird uns immer begleiten.

281 **H:** Wo liegen Moritz Stärken?

282 **M:** Moritz hat einen festen Freund, für den er sich sehr einsetzt. Den kennt er schon aus dem Kin-  
 283 dergarten. Er ist sehr gerecht und setzt sich für Schwächere ein. Moritz ist ein sehr höfliches, sehr

284 soziales Kind. Der ist so unwahrscheinlich kreativ. Er baut und töpfert viel mit dem Opa. Er macht  
285 so richtig viel mit Phantasie. Seine Leidenschaft sind auch die Pferde. Er will mal Bauer werden.  
286 Moritz macht Pläne für später und malt seine Vorstellungen auf. Es ist ein ganz tolles Kind. Er kann  
287 Legos mit tausenden Teilen ganz allein zusammenlegen.

288 **H:** Wo sind denn beim Lernen die Stärken von Moritz?

289 **M:** Moritz lernt alles gern, wofür er Interesse hat. Das ist Sachunterricht, wo es um Land, Leute und  
290 Tiere geht. Von der Schule bekommen wir rückgemeldet, dass er gewillt ist.

291 **H:** Wie erholt sich Moritz von der Schule?

292 **M:** Moritz ist viel im Freien. Er bewegt sich gern. Er spielt stundenlang allein mit Lego. Dazu macht  
293 er ausdauernde Selbstgespräche. Moritz macht ausdauernde Pläne für die Zukunft und den Beruf,  
294 was da zu tun ist. Moritz macht seit Sommer 2013 Leichtathletik. Dort erholt er sich und bekommt  
295 Bestätigung. In der Trainingsgruppe ist kein Kind, das er kennt und er kann dort neu anfangen.  
296 Moritz ist der Schnellste der Schule beim Sprinten. Vorher hatten wir viel ausprobiert- Fußball,  
297 Handball und Volleyball. Aber Mannschaftssportarten sind für Moritz nichts.

298 **H:** Was ist für Moritz noch wichtig?

299 **M:** Moritz benötigt Struktur, Struktur, Struktur. Vor allem auch zu Hause. Nachteilig dabei ist, dass  
300 ich ihm wegen meines Jobs diese Struktur nicht immer geben kann. Die Großeltern springen oft  
301 ein. Ich weiß aber, dass dies Moritz nicht gut tut. Es werden dann bestimmt Abläufe nicht getan,  
302 wie zum Beispiel die Brotbüchse ausräumen und in den Aufwasch stellen. Von allein denkt Moritz  
303 da nicht dran. Vom SPZ wurde mir angeraten, dass ich nur 20 Stunden arbeiten gehen soll. Ich  
304 habe zwar ein schlechtes Gewissen, aber ich brauche meine Arbeit für mich, damit es mir gut geht  
305 und ich Abstand zu häuslichen Problemen finden kann. Mein Mann, der sich sonst gern im Hinter-  
306 grund hält, muss jetzt mehr übernehmen, vor allem vor Klassenarbeiten.

307 **H:** Was machst du für dich, um für die Aufgaben in der Familie wieder Kraft zu schöpfen?

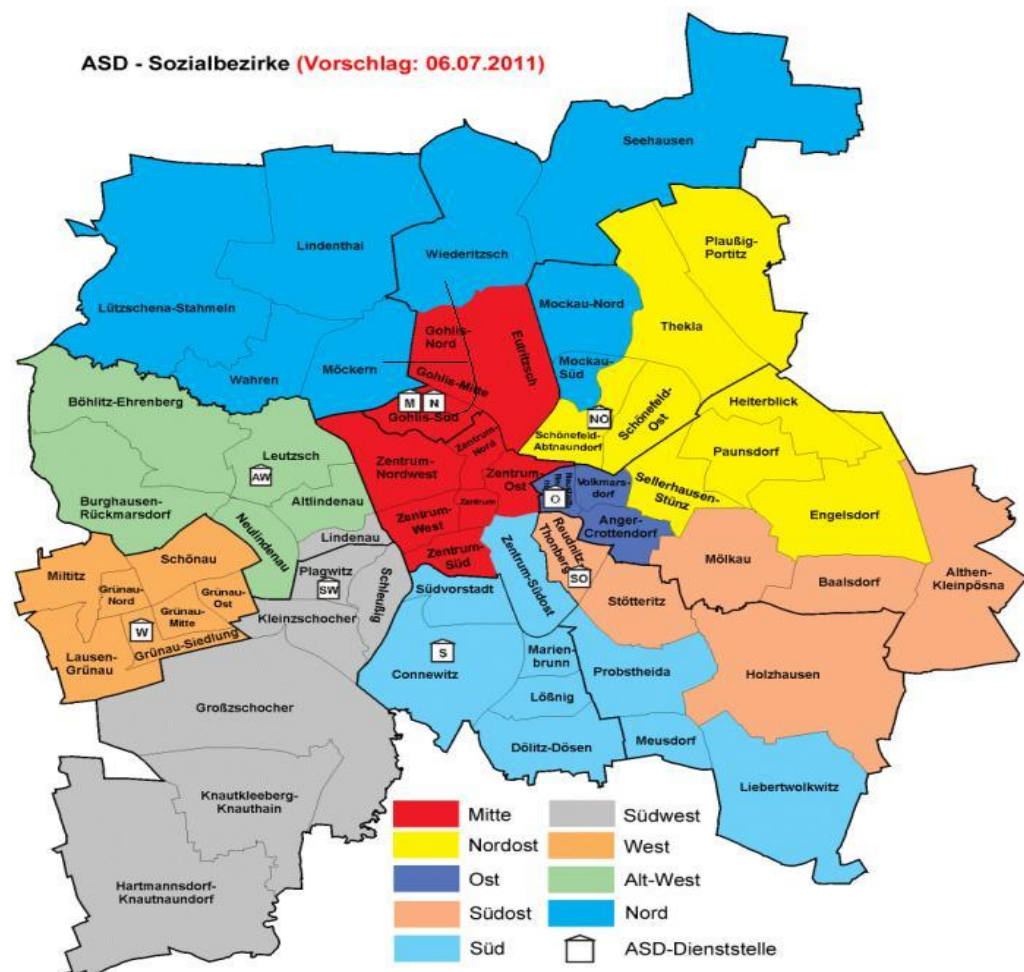
308 **M:** Ich liebe meinen Job und er ist mir sehr wichtig. Ich freue mich jeden Tag auf meine Arbeit. Ich  
309 habe auch endlich wieder einen festen Arbeitsvertrag. Es hat mich sehr belastet, dass ich zwisch-  
310 enzeitlich zu Hause war. Ich muss mich beruflich unbedingt bewegen. Zum Ausgleich brauche  
311 ich auch Sport. Sportliche Betätigung behandle ich für mich gerade stiefmütterlich. Ich bewege  
312 mich aber gern und möchte da im neuen Jahr was ändern.

313 **H:** Ich wünsche dir und deiner Familie alles Gute und danke dir für die Offenheit und Bereitschaft  
314 zum Gespräch.

315 **M:** Ich danke auch. Das Reden hat mir gut getan.



## Anhang V



<b>ASD Mitte</b>	Zentrum Zentrum-Ost <b>Zentrum-Süd</b> Zentrum-West Zentrum-Nordwest Zentrum-Nord Gohlis-Süd Gohlis-Mitte <b>Gohlis-Nord</b> <b>Eutritzsch</b>	<b>ASD Südost</b>	Reudnitz-Thonberg Stötteritz Holzhausen Mölkau <b>Baalsdorf</b> <b>Althen-Kleinpösna</b>	<b>ASD West</b>	Schönau Grünau-Ost Grünau-Mitte Grünau-Siedlung Lausen-Grünau Grünau-Nord Militz
<b>ASD Nordost</b>	Schönfeld-Abtraundorf Schönfeld-Ost Thekla Plaußig-Portitz Heiterblick <b>Sellerhausen-Stünz</b> <b>Paunsdorf</b> <b>Engelsdorf</b>	<b>ASD Süd</b>	Zentrum-Südost Südvorstadt Connewitz Marienbrunn Lösnig Dölitz-Dösen <b>Probstheida</b> <b>Meusdorf</b> <b>Liebertwolkwitz</b>	<b>ASD Alt-West</b>	Altlindenau Neulindenau Leutzsch Böhltz-Ehrenberg Burghausen-Rückmarsdorf
<b>ASD Ost</b>	Neustadt-Neuschönefeld Volkmarsdorf Anger-Crottendorf	<b>ASD Südwest</b>	Lindenau Schleußig Plagwitz Kleinzschocher Großschocher Knautkleeberg-Knauthain Hartm.-Knautnaundorf	<b>ASD Nord</b>	<b>Mockau-Süd</b> <b>Mockau-Nord</b> Möckern Wahren Lützschena-Stahmeln Lindenthal Wiederritzsch <b>Seehausen</b>

Abbildung: Aufteilung der ASD- Sozialbezirke (vgl. Handbuch des Allgemeinen Sozialdienstes des Amtes für Jugend, Familie und Bildung Leipzig, Ordner 3, Aufgabenprofil)

## Literatur- und Quellenverzeichnis

Barkley, Russel A. (2011): Das große ADHS- Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Berth, Hendrick; Balck; Friedrich; Brähler, Elmar (Hrsg.) (2008): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe- Verlag.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMI (2010): ICD-10-GM 2010. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Stuttgart/ Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Döpfner, Manfred; Frölich, Jan; Lehmkuhl, Gerd: (2000): Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe- Verlag.

Eichseder, Walter (1998): Unkonzentriert?. Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Esser, Günter (2008): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Freed, Jeffrey; Parsons, Laurie (2001): Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders. Wie Eltern ihren hyperkinetischen Kindern helfen können, die Schule zu meistern. 1. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Frei, Heiner (2009): Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ ADHS. Ein systemisches Therapiekonzept. 3. Auflage. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag.

Gissel- Palkovich, Ingrid (2011): Lehrbuch Allgemeiner Sozialer Dienst- ASD. Rahmenbedingungen, Aufgaben und Professionalität. 1. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Laut, Gerhard W.; Schlottke, Peter F. (2002): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mayer, Haus Otto (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.-M.; Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS). Berlin: Robert- Koch- Institut.

Schröder, Annette (2006): ADS in der Schule. Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Starscheit, Ulrich (Hrsg.) (2009): Die Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 17. Auflage. Baden- Baden: Verlag für angewandte Wissenschaften und Nomos – Verlag.

Steinhausen, Hans- Christoph (HRSG) (1995): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Von Loh, Siegrun (2003): Entwicklungsstörungen bei Kindern. Medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

## **Internet**

<http://www.adhssymptome.de/adhs-und-medienkonsum>, verfügbar am 21.12.2013.

<http://www.bundesaerztekammer.de>, verfügbar am 27.11.2013.

[http:// www.dr.gumpert.de/html.adhs.psychotherapie.html](http://www.dr.gumpert.de/html.adhs.psychotherapie.html), verfügbar am 29.12.2013.

<http://www.ergotherapie-hundt.de>, verfügbar am 07.12.2013.

<http://www.fam.-thera.de>, verfügbar am 22.12.2013.

[http:// vgl. www.ganzimmun.de](http://www.ganzimmun.de), verfügbar am 02.01.2014.

<http://www.intraactplus.de>, verfügbar am 27.12.2013.

<http://www.kinderps.uniklinikum.de>, verfügbar am 18.12.2013.

<http://www.kik.uniklinikum-leipzig.de>, verfügbar am 19.12.2013.

<http://www.kinderpsychiatrie-leipzig.eu>, verfügbar am 28.12.2013.

<http://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/kinder-jugend-und-elternhilfe>, verfügbar am 06.12.2013.

[http://www.lauth-schlottke.de/ adhs-info/verhaltenstherapie.php](http://www.lauth-schlottke.de/adhs-info/verhaltenstherapie.php), verfügbar am 20.12.2013.

<http://www.netzwerk-ads-leipzig.de>, verfügbar am 06.12.2013.

<http://www.rhoen-klinikum-ag.com>, verfügbar am 23.12.2013.

<http://www.spz-leipzig.de>, verfügbar am 08.12.2013.

<http://www.wegweiser-boehlen.de>, verfügbar am 25.12.2013.

### **Zeitschriften und Sonstiges**

Kain, W./ Landerl, K./ Kaufmann, L. (2008): Komorbidität bei ADHS. In Monatszeitschrift Kinderheilkunde. Heft 156, 757- 767.

Handbuch des ASD der Stadt Leipzig (2011): Prozess und Verfahrensstandards des ASD, 1.

### **Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Leipzig, den 17.02.2014